Le Progrès Médical

1910

Le Progrès Médical

PARAISSANT LE SAMEDI

Fondé en 1873 par D.-M. BOURNEVILLE

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

ADMINISTRATION :

AIMÉ ROUZAUD

BUREAUX OUVERTS : de 9 h. à midi et de 2 h. à 6 h.

ABONNEMENTS : France, 10 fr. — Etranger, 12 fr. — Etudiants, 5 et 8 fr.

RÉDACTION :

Secrétaire Général : Ch. ESMONET, Ancien Interne des Hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction : A. FAGE, Ancien Interne des Hôpitaux.

41, RUE DES ÉCOLES, PARIS (5e). — Téléphone : 830.03

1910

166 figures dans le texte.

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone 830-03

CRÉNOLOGIE [1]

—

Origine et nature des eaux minérales

Par M. Paul CARNOT, agrégé, docteur ès-sciences.

Après avoir parlé, jusqu'ici, de la Chimiothérapie minérale, je vais consacrer quelques leçons à l'étude de la *Crénothérapie*, de la *Thalassothérapie* et de la *Climatothérapie*.

Ces conférences seront nécessairement très succinctes ; mais j'espère qu'elles vous donneront une idée sommaire des ressources thérapeutiques que nous offrent les eaux minérales et les cures climatiques, ainsi que des indications et contre-indications générales dont nous pouvons faire bénéficier nos malades.

En effet, ces conférences sommaires ne sont pas destinées à former des médecins hydrologues ; ceux d'entre vous qui voudraient s'installer dans une ville d'eaux devront y parfaire lentement leur éducation : ce n'est qu'à force d'expérience clinique que l'on peut suppléer, par l'observation et les habitudes locales, à l'absence, presque complète encore, de données physiologiques précises sur la Crénothérapie.

Ces conférences s'adressent, par contre, à ceux qui, exerçant la médecine en dehors des villes d'eaux, ont surtout besoin de savoir quelle station convient à tel ou tel de leurs malades ; ils n'auront pas à diriger une cure thermale ni à ordonnancer savamment le nombre de verres ou les pratiques hydro-thérapiques indiqués dans un cas déterminé ; mais ils auront, surtout et avant tout, à connaître les indications et les contre-indications de chaque station, à diriger, en connaissance de cause, leurs malades vers celle qui leur convient le mieux et qui peut leur donner le meilleur résultat.

Cependant (et quoique plus accessoirement), il est bon de connaître aussi les pratiques spéciales à telle ou telle station, ne fût-ce que pour répondre aux questions des malades, et pour ne pas faire preuve d'ignorance.

Mais vous devez vous pénétrer de cette idée que, lorsque vous adressez un de vos malades à une station hydro-minérale, ce n'est plus à vous à diriger la cure ; le confrère, à qui vous confiez votre malade, a seul, dès lors et pendant le temps strict de la cure, la charge et la responsabilité du traitement : il a, par contre, naturellement, entière liberté d'action. Les médecins d'eaux se plaignent parfois que certains malades leur arrivent avec un traitement thermal tout ordonnancé ; or, sauf circonstances spéciales, il s'agit là d'une pratique détestable, de nature à gêner grandement l'action du médecin hydrologue, et qui l'expose, soit à contredire et à désavouer le médecin traitant, soit à rester enchaîné par ses paroles et à ne pas pouvoir retirer de la cure thermale son maximum d'effet.

En effet, ce n'est que par une observation et une habitude quotidiennes de ses eaux que le médecin d'une stations arrive à en connaître les effets, à savoir les doser suivant les cas, suivant le tempérament du malade plutôt encore que suivant sa maladie, suivant l'effet produit par les premiers résultats du traitement ; c'est seulement sur place et au jour le jour qu'il pourra se rendre compte de la manière dont on devra conduire la cure. Prescrire, par avance et à distance, sans contrôler l'effet du traitement suivi, une certaine quantité d'eau, telle ou telle source, telle ou telle pratique de balnéation, est un acte aussi peu logique que de traiter à distance un malade par correspondance.

(1) Conférences de Thérapeutique à la Faculté de Médecine : 1re leçon de Crénothérapie, Thalassothérapie et Climatothérapie, recueillie par M. Baufle, interne des hôpitaux.

D'ailleurs, les malades n'ont déjà que trop de tendances à s'affranchir, eux-mêmes, des avis du médecin, et à faire tout seuls leur cure, en copiant le traitement suivi par un voisin ou par un ami ; trop souvent, ils s'imaginent que la cure se fait de façon à peu près uniforme et qu'il n'est pas besoin, pour la suivre, des subtilités de la clinique ; trop souvent, ils ne se doutent même pas que la cure thermale est une arme à deux tranchants, et que, par le fait même qu'elle provoque souvent des réactions utiles, elle peut aussi provoquer des réactions trop vives ou intempestives, dont l'effet final peut être, en réalité, nocif.

Beaucoup d'échecs et d'accidents résultent d'une mauvaise direction imprimée à la cure thermale.

Dans ces Conférences, destinées au praticien non spécialiste, nous n'insisterons donc pas longuement sur les pratiques locales et la conduite de la cure en telle ou telle station.

Nous étudierons, d'abord l'origine et la nature des eaux minérales, puis les techniques diverses qui mettent en valeur et complètent l'action physico-chimique de ces eaux, enfin leurs indications et contre-indications pour les diverses affections.

Nous étudierons ensuite les principales stations françaises du Centre, des Pyrénées, des Vosges et des Alpes.

De même, pour la Thalassothérapie et la Climatothérapie, sans entrer dans le détail des méthodes de cure, il est indispensable de faire connaître les actions physiologiques à utiliser, de distinguer les sujets à qui la mer, la montagne sont interdites, les malades à qui convient particulièrement telle station : c'est ce que nous ferons dans les deux dernières leçons.

***

Etudions, tout d'abord, *l'origine et la nature des Eaux Minérales*.

Les eaux minérales, souvent hyperthermales, chargées d'émanations encore mal définies, riches en sels et, parfois, en métaux rares, capables de propriétés physiologiques et thérapeutiques étonnantes dont ne rend pas toujours compte ce que nous savons de leur composition, ont, de tout temps, été utilisées thérapeutiquement.

Mais ce n'est que depuis quelques années seulement, que l'on commence à soupçonner leur origine et à entrevoir la nature de leurs mystérieuses propriétés.

Actuellement, deux théories que l'on oppose souvent et qui, d'après nous, se complètent au contraire, expliquent l'origine des eaux minérales : ce sont les théories neptunienne et plutonienne, artésienne et volcanique.

Dans la *théorie artésienne*, les eaux thermales sont des eaux de surface, semblables à celles des autres sources, qui s'infiltrent en profondeur et remontent ensuite, réchauffées et minéralisées : cette théorie paraît, actuellement, incapable, à elle seule, de satisfaire l'esprit et n'explique pas, en tout cas, la puissance si remarquable de ces eaux.

La *théorie volcanique*, au contraire, qui attribue aux eaux minérales une origine synthétique profonde, qui les fait répandre éruptivement à la surface, chargées des émanations et des énergies du feu central, est autrement puissante, autrement poétique et répond autrement à l'impression de force inconnue que nous en avons.

Examinons successivement ces deux théories.

A. Théorie artésienne.

La *théorie artésienne* est, en réalité, fort simpliste : les eaux d'infiltration pénètrent entre les couches perméables du sol, jusqu'à une certaine profondeur ; elles sont

arrêtées par une pression antagoniste qui s'oppose à leur propre pression, ou bien par une couche imperméable qu'elles ne peuvent franchir : elles déterminent alors, en profondeur, une nappe liquide, et remontent à la surface, par l'émergence de ces couches ou par des fissures, à la façon de l'eau jaillisante des puits artésiens.

Cette explication est celle-là même des sources habituelles : on sait, en effet, qu'il y a une véritable circulation souterraine des eaux d'infiltration, et les belles recherches spéléologiques de M. Martel ont, notamment, montré la fréquence et le pittoresque de ces nappes et de ces cours d'eau profonds.

Pour les eaux minérales, l'origine serait la même : la thermalité s'expliquerait simplement par le fait que la température s'élève à mesure qu'on descend (de 1° environt par 30 mètres) ; la minéralisation, par le fait que les eaux, en profondeur, se trouvent en contact avec des gisements salins ou métalliques et se chargent à leur contact, de leurs éléments minéraux.

Cette théorie, qui a longtemps régné en hydrologie, ne doit pas être systématiquement rejetée : car il est incontestable que certaines eaux ont pareille origine. On ne peut, par contre, expliquer ainsi la genèse de la plupart des eaux minérales.

Parmi les eaux minérales, en effet, il en est certaines de faible thermalité, de composition peu constante, chargées de sels communs, dont les éléments minéraux existent, en grande partie, dans le sous-sol, éloignées de tout voisinage volcanique, et qui ont, certainement, une origine artésienne.

Telles sont, par exemple, certaines eaux chlorurées sodiques fortes, qui émergent aux environs des salines (Salies-de-Béarn Salins-du-Jura, Nauheim), très chargées en sels et qui sont, de tous points, comparables aux eaux que l'on fait infiltrer en profondeur, pour dissoudre le sel de ces salines.

Telles sont aussi certaines eaux sulfurées calciques, émergeant sur des terrains gypseux, riches en sulfate de chaux, qui se chargent de ce sel, et qui, ultérieurement, le réduisent au contact de matières organiques, de bitume, d'humus végétal, en donnant lieu à la réduction des sulfates et à la mise en liberté d'acide sulfhydrique : l'eau d'Enghien, par exemple, est explicable par ce mécanisme.

Mais si certaines eaux minérales peuvent s'expliquer ainsi, on doit avouer que ce sont les moins intéressantes. Pour la plupart des grandes stations du Massif Central ou des Pyrénées, il n'en est pas de même, et la théorie artésienne est impuissante à rendre compte de leur nature et de leurs propriétés.

B. Théorie volcanique.

La *théorie volcanique*, ou plutonienne, est infiniment plus hardie, plus séduisante, plus féconde.

Emise d'abord timidement par des géologues, par Elie de Beaumont en 1847, par le grand géologue viennois Suess, elle a été surtout développée, au point de vue chimique, par Armand Gautier et a pris, grâce à lui, toute son ampleur. Elle tend, de plus en plus, à être acceptée de tous côtés.

Dans cette théorie, les eaux minérales viennent, non pas de la surface, mais de la profondeur. Ce ne sont plus les eaux d'infiltration qui remontent après s'être échauffées et minéralisées : ce sont des eaux de synthèse (Gautier), des eaux natives (Suess), qui se forment dans les couches incandescentes de la terre, par combustion de l'hydrogène, au contact de l'oxygène des oxydes par exemple, et qui sont projetées à la surface, à la façon des éruptions volcaniques.

En faveur de l'origine volcanique des eaux minérales, on peut donner une série d'arguments d'ordre géologique, et d'ordre physico-chimique :

I. — *Arguments géologiques* :

a) Un premier argument est tiré de la *quantité immense d'eau qui est projetée lors des éruptions volcaniques* et pour laquelle l'origine profonde n'est même pas discutable.

On sait que les volcans rejettent de véritables trombes d'eau : par exemple, pour l'éruption de l'Etna en 1865, Fouqué a calculé que le volcan rejetait 11.000 tonnes d'eau par jour, soit deux millions de tonnes pour l'ensemble de l'éruption : or, d'après les calculs du Pr Haug, il suffit d'un quart de kilomètre cube de granit pour fournir cette quantité. A l'éruption de la Montagne Pelée à la Martinique, Lacroix a également attiré l'attention sur les énormes quantités de vapeur d'eau rendues par le volcan.

b). Un 2e argument provient de la *richesse en sources minérales* des terrains avoisinant les flancs des cratères, à la Martinique, à l'île St-Paul, etc.

Aux îles St-Paul notamment, une série de sources minérales sont apparues à l'intérieur même de l'ancien cratère, envahi par la mer, sur le rivage ou dans la mer elle-même. (Fig. 1).



Fig. 1. — Ile St-Paul : les points noirs indiquent les sources minérales jaillissant à l'intérieur de l'ancien cratère et dans la mer (d'après Vélain.)

c). Un 3e argument provient de la *situation géographique de beaucoup d'eaux minérales dans des régions volcaniques* ou *au voisinage de pointement de terrains éruptifs*.

Tel est, notamment, le cas pour nos belles stations hydro-minérales d'Auvergne, ancienne région volcanique où se voient nettement encore des cratères d'anciens volcans (tel le lac Pavin entre le Mont-Dore et St-Nectaire), et où abondent les terrains éruptifs volcaniques.

De même, dans les Pyrénées, dans les Alpes, dans les Vosges et la région rhénane, les eaux minérales apparaissent aux confins d'émergence des terrains granitiques, gneissiques, basaltiques, à travers des roches sédimentaires plus récentes.

d) Un 4e argument est donné par la *présence, dans les eaux minérales, de substances rares, d'origine profonde qu'on retrouve dans les éruptions volcaniques contemporaines.*

On trouve, dans les éruptions volcaniques, beaucoup de chlorure de sodium, du bore, de l'arsenic, des substances radioactives, etc.

On retrouve ces substances dans les eaux minérales, alors même qu'on n'en retrouve pas dans les couches traversées : le bore, notamment, si abondant dans les solfatares, indique, par sa seule présence, une origine profonde.

Il est même vraisemblable que, si certaines eaux se chargent de minéraux au contact de filons métalliques, l'inverse est plus souvent vrai, et que l'origine de certains filons peut être rattachée au dépôt, par des eaux minérales de profondeur, des minéraux dont elles sont char-

gées : ainsi les gîtes minéraux proviendraient des eaux minérales, au lieu d'expliquer leur minéralisation.

Les émanations gazeuses, fréquentes surtout dans un certain type d'eaux, dites hyperthermales, oligométalliques ou alpestres (Gastein, Plombières, Bourbon-Lancy), se rapprochent de la constitution des gaz volcaniques ; elles sont, d'autre part, analogues à celles que l'on obtient par la distillation du granit.

e) Il est enfin un argument tiré de la *nature même du sol* : les eaux minérales remontent à la surface le long de *failles*, de *fissures*, au contact de deux couches, le long de filons de quartz, de granulite, de porphyre.

Ce n'est que secondairement que ces eaux s'épanchent dans des terrains perméables en créant des nappes où elles se répandent (fig. 2).



Fig. 2. — Faille entre des terrains éruptifs et sédimentaires, avec ascension de l'eau thermale au niveau de la faille : celle-ci forme, entre les couches sédimentaires plus ou moins perméables, une nappe d'épanchement où vont la chercher les forages (d'après de Launay).

Par exemple, les eaux de la Limagne se rattachent à deux grandes failles, par lesquelles les terrains tertiaires sont bordés et mises longuement au contact des roches cristallines : sous la bordure ouest, se trouvent, Royat, Châtel-Guyon ; sur la bordure est St-Yorre, Cusset, Vichy, avec des eaux chargées d'acide carbonique ; on retrouve, de même, des poches de ce gaz à Pontgibaud.

Ainsi s'expliquent, non seulement la formation, mais la remontée des eaux profondes jusqu'à la surface où on peut les capter.

II. — *Arguments chimiques.* — A côté des arguments géologiques, on peut donner une série d'arguments chimiques relatifs à la nature des eaux minérales et à leur reproduction par distillation des roches profondes.

a) L'*origine profonde de l'eau*, prouvée par l'abondance de l'eau dans les éruptions volcaniques, est démontrée, d'autre part, dans les expériences d'Armand Gautier.

Si l'on chauffe du granit à des températures progressives, on constate, à 200°, le départ de l'eau d'hydratation ; au rouge sombre, le départ d'une eau de combinaison ; enfin, à une température plus haute encore, les oxydes ou les silicates décomposent l'eau en donnant de l'hydrogène ; cet hydrogène est susceptible de réagir sur les oxydes et de donner, inversement, de l'eau dans des conditions de dissociation différentes.

Le granit donne ainsi, par kilog, plus de 7 gr. d'eau, la rhizolite plus de 16 gr. On peut compter qu'au rouge sombre, un mètre cube de granit (2600 k.) donne 26 kilogs d'eau. Un kilomètre cube donne 26 millions de tonnes d'eau, soit une quantité suffisante pour fournir d'eau pendant un an, toutes les eaux minérales de France (480.000 litres à la minute). Or qu'est-ce qu'un kilomètre de granit par rapport à l'écorce terrestre ?

On sait que l'hydrogène existe au centre de la terre, comme dans l'atmosphère incandescente du soleil, qu'il est très abondant parmi les gaz volcaniques ; il est vraisemblable que c'est cet hydrogène qui donne de l'eau de synthèse, en réagissant sur les oxydes (A. Gautier) ou en se trouvant avec de l'oxygène infiltré (Suess.)

b) L'*origine des substances minérales* est plus complexe et nous retiendra moins.

Par exemple, les *eaux sulfurées sodiques* sont à base de soude, bien qu'issues de terrains potassiques. Or, A. Gautier a montré qu'en attaquant le granit en poudre par de l'eau à 300°, on en retire un sulfure sodique provenant de l'attaque d'un sulfo-silicate de soude, la silice : l'argile se déposant, comme il arrive dans les eaux sulfureuses.

Les *eaux bicarbonatées sodiques* sont, à leur sortie, accompagnée : d'un dépôt de silice (sous forme d'opale par exemple) ; le chlorure de sodium, mêlé à la vapeur d'eau, est attaqué par la silice libre et forme un silicate de soude entraîné par les eaux ascendantes ; l'acide carbonique dissous l'attaque à une température plus basse et forme alors du bicarbonate de soude en mettant la silice en liberté : d'où les vastes dépôts que l'on observe dans les conduits des sources.

D'ailleurs, l'acide carbonique se dégage, en quantité, dans les régions volcaniques et thermales : on y trouve souvent, dans des travaux de mine, des dégagements et des poches d'acide carbonique, sans eaux thermales.

Les *eaux chlorurées sodiques* faibles, celles de Bourbonne par exemple, contiennent peu de sels et viennent de la profondeur : car on y trouve, presque toujours, des éléments rares, indicateurs de leur origine centrale.

Les *eaux alpestres* ou indéterminées sont certainement d'origine profonde : elles sont hyperthermales, riches en hélium, radioactives, peu minéralisées : elles coexistent à côté de pointements éruptifs. Leur origine centrale est donc certaine et explique une partie de leurs propriétés thérapeutiques sédatives : telles les eaux de Gastein, de Bourbon-Lancy, de Plombières.

Pour Armand Gautier, plusieurs caractères permettent de faire la preuve de l'origine plutonienne d'une eau minérale :

Il faut : 1° la fixité de température et de composition chimique.

2° La présence de substances rares (bore, arsenic, hélium, etc.)

3° Le voisinage de failles et de terrains volcaniques.

Ces caractères permettent, semble-t-il, d'affirmer l'origine éruptive d'une eau minérale.

Par exemple, M. A. Gautier a eu l'occasion, récemment, de faire l'analyse d'une eau potable, recueillie, par forage, sur la plage d'Ostende : il fut très intrigué par la grande quantité de bore, qui, d'après lui, indiquait indubitablement une origine volcanique : or, après enquête, on constata que les sondages ramenaient des roches éruptives que rien ne permettait de soupçonner en cette région. N'est-ce pas là une belle preuve de la valeur inductive de la théorie volcanique ?

Nous verrons, dans la prochaine leçon, que la composition physique et chimique des eaux minérales montre, de même, la nécessité de faire intervenir des énergies encore mal connues pour expliquer leur valeur thérapeutique.

L'origine profonde de ces eaux ne nous en donne pas l'explication précise ; mais elle nous permet, tout au moins, d'en entrevoir le sens et d'incriminer les réserves énergétiques, encore inconnues, qui sont accumulées dans la masse incandescente de notre planète.

Les eaux thermales, en ramenant ces substances à la surface, rapportent ces énergies en décomposition, nous fournissant ainsi des armes thérapeutiques d'une puissance à peine soupçonnée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Paresse et maladie.

Beaucoup de médecins, qui s'occupent d'hygiène scolaire, affirment que la paresse est le plus souvent justiciable de soins thérapeutiques et hygiéniques. Pour parler ainsi, ils se basent d'ailleurs sur des impressions ou sur un nombre restreint d'observations, alors qu'il faudrait une étude méthodique de tous les paresseux, une analyse de leur caractère, une classification des mobiles de la paresse ; celle-ci est en effet un état objectif engendré par des causes diverses. Les éducateurs n'acceptent pas sans protester cette façon de voir des médecins ; d'où un malaise. Jusqu'ici, en effet, aucune statistique probante n'est venue solutionner le problème : qu'est-ce que la paresse ? Quelles sont ses causes ? Dans quelles proportions reconnaissent-elles une influence morbide ? On l'ignore ou plutôt on l'ignorait, car récemment la Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant, dirigée avec autant d'autorité que d'à-propos par M. A. Binet, a fourni quelques documents précieux à cet égard à l'aide d'une enquête sur la paresse. Certes, cette enquête est incomplète : les types observés ne l'ont pas été au point de vue biologique et pathologique, les maîtres qui ont donné des renseignements ont affirmé ou nié des états morbides sans les préciser. Néanmoins M. Bocquillon (1), qui a dépouillé les résultats, nous a donné d'utiles indications.

Examinant les causes qui ont amené la paresse chez 103 élèves, il les classe en dix catégories : 1°) activité mentale spécialisée sur un nombre restreint d'exercices intellectuels ; 2°) activité mentale spécialisée sur des exercices purement manuels ; 3°) activité physique exclusive de l'activité intellectuelle ; 4°) état maladif général ayant une répercussion sur l'activité physique ou intellectuelle ou sur les deux à la fois ; 5°) faiblesse intellectuelle ; 6°) faiblesse de volonté caractérisée par l'instabilité de l'attention et de l'application ; 7°) influence du milieu social ; 8°) impossibilité provisoire dans laquelle se trouve l'enfant de s'adapter aux travaux de la classe ; 9°) circonstances morales fâcheuses déprimant ou pervertissant l'esprit de l'enfant ; 10°) impossibilité pour le maître chargé d'une classe nombreuse de donner à l'enfant le traitement hygiénique approprié à son cas.

Il n'est pas douteux que les catégories 4, 5, 6 et 10 dépendent d'un état morbide ou d'une défectuosité des centres nerveux.

Les médecins ont donc raison de réclamer ces types de paresseux pour les soigner, mais ils ont tort d'affirmer *urbi et orbi* qu'ils guérissent la paresse, par l'hygiène, par des potions, par une répartition intelligente des heures de classe, par une diminution des programmes, etc., etc.

Le problème est plus complexe : le travail de M. Bocquillon démontre que le nombre des paresseux susceptibles de retirer un bénéfice de cette façon de procéder est minime et que nombreux sont les sujets ayant besoin d'une éducation spéciale et individualisée, d'une psychothérapie intelligente, en un mot de soins médico-pédagogues ne pouvant être appliqués avec fruit que dans des établissements *ad hoc*.

En effet, sans compter les écoliers atteints de faiblesse intellectuelle, il existe (sur 103) 41 élèves ayant cette faiblesse de volonté se traduisant par de l'inattention et de l'instabilité.

Je ne sais pourquoi M. Bocquillon essaie de distinguer parmi ces 41 élèves ceux (au nombre de 30) qui « voient cette faiblesse sérieusement atténuée par des tares physiques ou intellectuelles ».

Ces 30 élèves ne seraient pas de vrais paresseux ! Pourquoi cette distinction ? Pourquoi cette classification en faiblesse de volonté symptomatique et en faiblesse essentielle ? Je doute que les psychologues, ayant étudié l'activité volontaire, ses conditions et ses maladies, se rangent à cet avis.

Quoi qu'il en soit, les conclusions de M. Bocquillon démontrent péremptoirement que la paresse est très souvent du ressort médico-pédagogique.

Il me plaît de le constater, car c'est une notion qui résulte de documents amassés par des personnes étrangères à la médecine, et interprétés par des éducateurs, qui ne prévoyaient pas la direction de leur étude. Les maladies de la volonté ne peuvent être soignées à l'école ordinaire ; ce sont des anomalies de l'activité cérébrale justiciables d'une intervention médicale. Il ne peut y avoir dorénavant d'éducateurs ou de psychologues assez attardés pour le nier.

Par ailleurs, les médecins, se souvenant qu'il n'y a pas une paresse, mais des paresses, ont le devoir de diagnostiquer exactement leurs causes, afin d'appliquer ou de faire appliquer le traitement rationnel.

Dr Georges PAUL-BONCOUR.

(1) *Bulletin de la Société pour l'étude psychologique de l'enfant*, juin et juillet 1909.

Le professeur Lortet.

M. Lortet, doyen honoraire et professeur de la faculté de médecine, officier de la Légion d'honneur, est décédé dans sa soixante-quatorzième année, à la suite d'une pneumonie.

Il avait été nommé doyen en 1876, et il remplit cette fonction pendant trente années.

Chargé par le ministère de l'instruction publique de l'inspection des écoles françaises de Beyrouth, M. Lortet, au cours de ses voyages, eut l'idée de connaître l'Egypte, pour laquelle il se passionna. Pendant de longues années, il y pratiqua des fouilles qui lui permirent de créer et de pourvoir le musée du Caire ainsi que le muséum des sciences naturelles de Lyon, dont il devait quitter la direction le 31 décembre prochain.

Le défunt avait mis au jour, au cours de ses recherches en Egypte, de riches momies admirablement conservées, des oiseaux et autres animaux vénérés des Egyptiens, notamment des serpents et des sauriens trouvés à Komb-Bo, cité des crocodiles.

Présenté par lady Byron au duc de Connaught, au cours d'une soirée officielle au Caire, il demanda au frère du roi d'Angleterre de s'intéresser à ses recherches, et il y a moins de huit jours, M. Lortet apprenait que le gouvernement égyptien lui allouait pour l'année prochaine une subvention de 25.000 francs.

Il y a quelques années, M. Lortet avait exhumé des crânes de singes, qui portaient des érosions dans lesquelles le savant crut reconnaître des signes d'avarie. Cette originale affirmation souleva dans le monde savant de vives controverses, qui laissèrent sans solution cette originale question.

M. Lortet a publié un mémoire sur « *la Fécondation des preissia commulata* » en 1868 ; puis successivement : *Recherches sur la vitesse de la circulation du sang chez le cheval, Pénétration des leucocytes à travers les membranes organiques, Etudes paléontologiques dans le bassin du Rhône la Syrie d'aujourd'hui* puis il a traduit de l'anglais : *Dans les montagnes* de J. Tyndall, *les Abîmes de la mer*, de W. Thomson, etc., etc.

Les obsèques de M. Lortet, qui appartient au culte réformé, ont eu lieu mardi à Lyon.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Le traitement chirurgical des paralysies d'origine centrale par les anastomoses nerveuses.

La recrudescence des méningites cérébro-spinales et l'allure épidémiques de poliomyélites antérieures qui désolent en ce moment plus particulièrement l'Allemagne ont fait surgir du domaine expérimental et provoqué l'application à la pratique courante de hardis procédés pour le traitement chirurgical des paralysies que ces affections laissent pour séquelles. C'est ainsi que Vulpius, à Heidelberg, Tunstall Taylor, à New-York, n'hésitent point à revivifier les membres paralysés par un ensemble d'opérations comprenant des greffes et des transplantations tendineuses, des anastomoses vasculaires et des anastomoses nerveuses. C'est dans ce dernier procédé, préconisé pour la première fois en 1906 par Tunstall Taylor que la chirurgie des paralysies semble devoir placer ses plus grands espoirs, à en juger par les observations rapportées par Tübby (1), en Angleterre et Spitzy (2), en Autriche, concernant les succès qu'ils ont eux-mêmes obtenus. Une simple opération sur un tronc nerveux leur a suffi quelquefois à rendre la motilité à tout un système musculaire dans des cas où un tel résultat n'aurait pu être que mal réalisé par des transplantations tendineuses difficiles et multiples.

Les greffes nerveuses ne sont pas applicables à toutes les formes de paralysie; lorsque celle-ci frappe tout un membre, il n'y a pas lieu de procéder à une anastomose nerveuse entre des éléments qui sont tous dégénérés. Peut-être pourra-t-on un jour, dans de tels cas, aller conduire le nerf altéré près de sa racine même, ou l'anastomoser avec son homonyme du côté opposé, à travers le canal rachidien. Mais à l'heure actuelle, de tels procédés n'ont encore été l'objet que de l'expérimentation animale et ici c'est l'arthrodèse et la plastique tendineuse qui restent toujours les méthodes les plus efficaces.

Si la lésion est disséminée, si quelques muscles sont paralysés sur différents territoires nerveux, il sera encore bien plus difficile d'aller régénérer les différents nerfs que de rattacher chaque fois un simple tendon à un muscle sain.

Les indications de choix de la greffe nerveuse sont constituées lorsque les muscles paralysés forment un groupe distinct innervé par un seul tronc nerveux, comme les muscles héroniers ou les muscles tributaires du radial.

Selon l'âge de la lésion et l'état des muscles frappés, on aura recours alors à l'un des procédés qui réalise, soit l'anastomose par implantation centrale, soit l'anastomose par implantation périphérique.

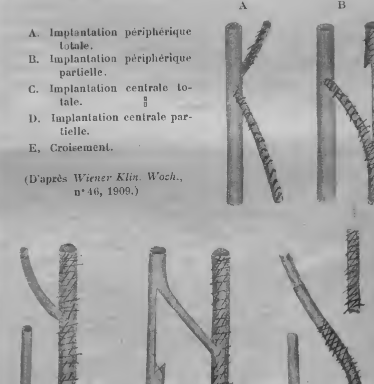
C'est l'implantation centrale qui est indiquée lorsque la paralysie est récente et que les autres conditions de de l'intervention sont telles qu'elles permettent d'espérer le succès

On aura bien soin, de toute façon, d'aller régénérer le nerf malade le plus près possible de son origine afin de régénérer en même temps toutes ses branches, la régénération étant, comme on sait, uniquement descendante.

Pour pratiquer l'implantation centrale, on ira libérer sur le nerf intact, par une incision oblique, un lambeau qui restera adhérent par la base et qu'on ira rattacher au nerf dégénéré, en réalisant ainsi l'implantation centrale partielle. Ou bien, si le nerf sain est peu important, il peut être sectionné, son bout périphérique abandonné à la dégénération et son bout central implanté dans le nerf altéré ; c'est l'implantation centrale totale.

(1) Tubly. — *Lancet*, 4 septembre 1909.
(2) Spitzy. — *Wiener klinische Wochenchrift*, 18 nov. 1909.

Si la paralysie est ancienne, si l'on craint de courir au devant d'un échec, on ne se risquera pas à léser un nerf sain, on ne craindra pas de blesser le nerf paralysé dont la régénération spontanée est à peu près certainement devenue impossible et c'est ce dernier qui sera implanté, au moyen d'une entaille oblique ou d'une section, dans le nerf sain ; ce procédé réalise l'implantation périphérique partielle ou totale. Enfin une dernière variété opératoire est constituée par le croisement, qui consiste à sectionner le nerf malade et le nerf sain et à suturer le bout périphérique du premier au bout central du second.



A. Implantation périphérique totale.
B. Implantation périphérique partielle.
C. Implantation centrale totale.
D. Implantation centrale partielle.
E, Croisement.

(D'après *Wiener Klin. Woch.*, n° 46, 1909.)

***

Les nerfs ainsi rassemblés ne se juxtaposent pas fibre à fibre. Mais il se produit des phénomènes de suppléance et des voies nouvelles dont le résultat final est de ramener l'influx nerveux. Immédiatement après l'opération, on constate l'apparition de phénomènes de déficit sur le territoire du nerf sain qu'on a greffé. Ainsi, si pour corriger une paralysie radiale, on a anastomosé le nerf radial avec le nerf médian, on verra, au bout de peu de temps, se manifester de la difficulté à la flexion des doigts chez le sujet, de la diminution ou la perte de la sensibilité palmaire des trois premiers doigts.

Mais au bout de quelques semaines, ces troubles ont disparu, en même temps que reviennent plus ou moins parfaitement la plupart des fonctions des muscles innervés par le radial. Habituellement ces phénomènes de déficit ne durent pas plus d'une semaine.

On voit encore assez souvent, après la régénération d'un nerf, certains des muscles qu'il innerve ne pas retrouver leurs fonctions ; ainsi, après une régénération du nerf sciatique poplité externe par anastomose avec le sciatique poplité interne, on peut voir le muscle jambier antérieur ou un des péroniers ne pas s'associer aux mouvements revenus dans les autres muscles, sans qu'une explication bien certaine ou une loi puisse être fournie pour ces bizarreries apparentes.

Les indications précises de la greffe nerveuse dans les pa-

ralysies infantiles sont actuellement bien établies. On songera à intervenir pour ces paralysies dès la sédation des phénomènes aigus. On procédera, lorsque les douleurs sont calmées, à l'excitation et à l'électrisation des muscles frappés afin d'éviter la mort et l'atrophie complète des éléments inactifs. Comme on ne peut savoir à ce moment ce qui restera définitivement paralysé, on électrisera tous les muscles atteints et c'est seulement au bout de 2 à 3 mois que le médecin, pourra reconnaître ce qui va se réparer et les muscles qui n'ont pas retrouvé leur motilité au bout de 9 mois sont voués à la mort, s'ils restent abandonnés à eux-mêmes. On y voit disparaître les contractions fibrillaires et la réaction de dégénérescence ; comme un corps étranger, le muscle est lentement résorbé, les terminaisons nerveuses meurent les premières, les noyaux du sarcolemme persistent encore quelque temps, puis le muscle est remplacé par une masse conjonctive graisseuse, inapte à la fonction musculaire.

***

Le temps que cette transformation met à se faire est essentiellement variable et Spitzy est persuadé qu'elle est retardée, sinon empêchée, par l'électrisation des muscles.

C'est à elle qu'il faut attribuer le succès d'une régénération du nerf radial au bout de 12 années et les insuccès nombreux des interventions beaucoup moins tardives pour des cas où le muscle avait été abandonné à lui-même.

Il est probable que l'électrisation continue provoque la formation de voies collatérales qui empêchent la mort totale du muscle et du nerf, quoiqu'elle soit insuffisante, en général, pour rétablir la fonction. C'est l'existence de telles voies qui permet d'expliquer le retour immédiat de la motilité qu'on observe quelquefois après la plastique nerveuse, comme on l'a observé après une anastomose de l'hypoglosse avec le nerf facial, paralysé depuis des années, mais réagissant encore faiblement aux excitations.

La période de 9 années, que Spitzy fixe au médecin pour lui permettre de juger du sort définitif du muscle ne doit pas être attendue pour l'intervention, car celle-ci est incontestablement d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce et trop bénigne pour que la crainte d'une guérison spontanée ultérieure doive faire hésiter devant les brillants résultats qu'on peut en attendre.

Aucun délai maximum ne peut être fixé à l'opération, car c'est l'état fonctionnel du muscle qui permet seul de fixer un pronostic. Klumpfutz a obtenu un succès remarquable dans une paralysie infantile datant de 3 années par des anastomoses entre les sciatiques poplités. Tubby, qui a pratiqué 6 fois des anastomoses nerveuses après des poliomyélites antérieures, à vu survenir dans 4 cas une amélioration très grande, sans que les cas à insuccès aient cliniquement beaucoup différé des autres.

Mais quel que soit le moment de l'intervention, il est certain qu'elle nous lance encore dans l'inconnu et que le chirurgien doit en espérer davantage qu'il n'est en droit de promettre.

G. LŒSER.

ORTHOPÉDIE

Contribution à l'étude du traitement de la scoliose (auto-modeleur de Mencière, à pression pneumatique) ;

Par le Dr **Louis MENCIÈRE** (de Reims) (1).
Chirurgien de la Clinique de Chirurgie Orthopédique.

I. J'ai déjà abordé l'étude du traitement de la scoliose dans la *Médecine moderne* (20 mai 1899) (1) et dans une communication au XIIIe Congrès international de Médecine de Paris (août 1900) (2). Dans ces deux mémoires, j'ai surtout parlé de la mobilisation du rachis et du thorax par les redressements forcés successifs.

Dans un troisième mémoire (*Revue de Chirurgie orthopédique*, décembre 1905) (3), je me suis appliqué à montrer l'utilité de la mobilisation progressive du rachis et du thorax en particulier, par des appareils mécanothérapiques appropriés.

Je veux ici aborder un autre côté de la question, et vous exposer la nouvelle contribution que j'ai apportée, dans ces dernières années, au redressement du rachis et surtout au modelage du thorax par un procédé de pression pneumatique uni aux exercices de gymnastique respiratoire (4).

Mobilisation progressive du rachis et du thorax ; redressement forcé progressif et successif — fixation de la correction obtenue par un appareil approprié, demeurent la base de ma pratique.

Mais ces deux procédés doivent alterner et être complétés par l'auto-redressement du rachis et l'auto modelage du thorax, à l'aide de la gymnastique respiratoire et de la pression pneumatique pendant les exercices.

Le thorax du sujet, pendant les exercices, est revêtu d'un appareil modelant. Cette façon de faire, à l'encontre du redressement forcé, qui est purement passif, constitue un procédé essentiellement actif, où entrent en jeu la volonté du sujet, l'ensemble des muscles inspirateurs et expirateurs et de toute la musculature qui maintient le rachis dans son attitude normale.

Il s'agit là d'un véritable auto modelage. Pendant les mouvements d'inspiration profonde, le thorax est sollicité à récupérer son volume et sa forme normale par la pression pneumatique *continue* et *élastique* ainsi que par la forme voulue donnée à l'appareil modeleur.

Pour tous ceux qui se sont occupés de kinésithérapie, il sera facile de saisir l'importance que nous attribuons, en orthopédie, à la combinaison des méthodes passives et actives, quand il s'agit de redressement du squelette.

C'est pour avoir méconnu cette loi, qu'à l'enthousiasme suscité, il y a quelque 40 ans, par la méthode de Sayre, qui, le premier fit du redressement passif de la scoliose à l'aide du corset plâtré, succéda une indifférence presque absolue.

C'est pour un motif analogue, quoique d'ordre inverse, qu'à l'heure actuelle, la mobilisation du rachis par les exercices de gymnastique suédoise, avec ou sans appareils, que la gymnastique respiratoire elle-même, n'entraînent pas tous les suffrages.

Qu'il s'agisse d'impotence fonctionnelle ou de raideur au niveau d'une articulation quelconque, ou du rachis, qui est composé d'une série d'articulations (5), il est nécessaire d'employer les méthodes passives, puis actives, pour obtenir le retour de la forme et de la fonction.

L'auto-modelage actif du thorax par l'auto-modeleur à pression pneumatique n'exclut ni la mobilisation du rachis, ni les redressements forcés successifs, tels que je les ai décrits à l'époque. Il complète la méthode et nous donne, combiné avec les deux premiers procédés, des résultats que nous ne connaissions pas jusqu'à ce jour ; et c'est pour cela que je me suis décidé à vous exposer, aujourd'hui, ce point de ma technique.

II. — DESCRIPTION DE L'APPAREIL MODELEUR. — La figure 1 est le schéma d'un thorax scoliotique à droite. On peut y constater l'importance de la déformation thoracique. La vertèbre a décrit un mouvement de rotation à droite, portant en arrière le côté droit du thorax, en avant le côté gauche. L'axe transversal du

1) Communication au Congrès international de Médecine (Budapest, 25 août-4 septembre 1909). Séance du mercredi matin, 1er septembre.

(1) MENCIÈRE. — Considérations sur le diagnostic et le traitement des déviations de la colonne vertébrale. Redressements forcés successifs. (*Médecine moderne*, 20 mai 1899.)

(2) Contribution à l'étude du redressement forcé progressif et successif dans la scoliose. (*Congrès international de Médecine*, Paris, 1900)

(3) Utilité et valeur des redressements forcés progressifs et successifs dans la scoliose. Mécanisme suivant lequel s'opère le redressement du rachis. (*Revue de Chirurgie orthopédique* de Reims, déc. 1905).

(4) Procédé seulement indiqué au Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences, Lille, août 1909, et exposé ici *in extenso*.

(5) Sans compter les multiples articulations qui unissent les côtes aux vertèbres et au sternum.

thorax est devenu oblique d'arrière en avant et de droite à gauche.

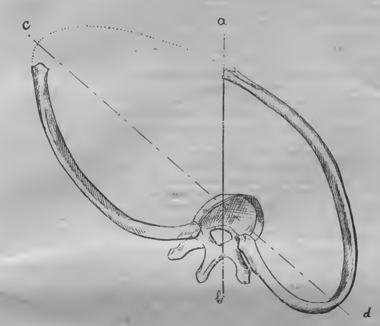


Fig. 1. — Schéma d'un thorax scoliotique (côté droit). — L'axe *a b*, dans le thorax normal, passait par le sternum, le milieu du corps vertébral et l'apophyse épineuse. La vertèbre a subi un mouvement de rotation à droite, pendant que le diamètre transversal du thorax *c, d*, se portait d'arrière en avant et de droite à gauche

L'omoplate droite est soulevée, le thorax est porté en arrière, tandis qu'il se trouve aplati sous le sein droit. Le côté gauche est creux en arrière, le thorax, au contraire, est soulevé au niveau du sein gauche.

Nous admettons avec la plupart des auteurs actuels que la scoliose passe par trois stades : ramollissement des vertèbres, déformation, éburnation. On conçoit combien, aux deux premières périodes, il est utile de lutter contre la rotation vertébrale et la déformation thoracique qui va commencer ou qui s'est déjà établie.

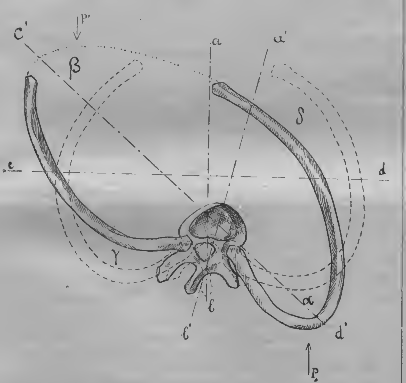


Fig. 2. — *a b*, Axe antéro-postérieur du thorax normal. — *a' b'*, Axe antéro-postérieur du thorax scoliotique. — *c d*, Axe transversal du thorax normal. — *c' d'* Axe transversal du thorax scoliotique. — *P P'* Pression pneumatique exercée par l'auto-modeleur pendant les séances de gymnastique respiratoire, pression entraînant la rotation des vertèbres et du thorax en sens inverse de la déformation pathologique.

D'autre part, c'est le thorax lui-même qui fournit le meilleur point d'appui pour lutter contre la rotation vertébrale. C'est à cette rotation que s'adresse essentiellement notre auto-modeleur.

La figure 2, schématique, indique les modifications que fait subir au thorax la rotation vertébrale.

α et β sont deux gibbosités débordant en arrière et à droite, en avant et à gauche la ligne du thorax normal. Ce sont ces deux gibbosités qu'il faudra modeler ; et leur modelage entraînera la disparition des deux creux γ et δ, l'un en arrière et à gauche l'autre en avant et à droite, produits par le déplacement du thorax par rapport au thorax en position normale.

Pour qu'un appareil puisse vraiment modeler le thorax, il faudra qu'on lui donne à lui-même la forme d'un *moule creux*, correspondant à la forme d'un thorax normal.

Mais, s'il en est ainsi cet appareil ne pourra pas être placé au-dessus d'un thorax déformé et le « chausser », la forme même du thorax scoliotique s'y opposant. Il faut donc avoir recours à un appareil de construction particulière, acquérant « en creux » et peu à peu la forme d'un thorax normal, à mesure que le thorax mobilisé et modelé se prête lui-même peu à peu à récupérer cette forme normale.

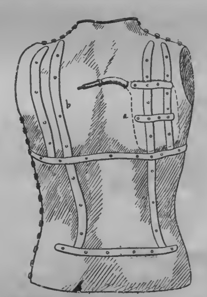


Fig. 3. — Auto-modeleur à pression pneumatique (vue de dos). — *a*, A droite, la pelote pneumatique. — *b*, A gauche, l'appareil parait bombé. — C'est l'espace vide ménagé dans l'appareil (côté concave de la scoliose) pour permettre au thorax de se développer par la gymnastique respiratoire unie à la pression pneumatique.

Le chirurgien prendra une empreinte du thorax scoliotique à traiter ; puis il en obtiendra un positif en plâtre. Au niveau de la région *b*, il fera un méplat, ou bien placera une pelote à pression pneumatique ; au niveau de la région *x*, il placera toujours (à l'intérieur du modeleur que nous allons décrire) une pelote à pression pneumatique.

Les régions *y* et *z* seront « chargées » avec du staff ou du plâtre de façon à sortir en « creux » à l'intérieur de l'appareil modeleur qui va être construit sur le positif en plâtre.

Le positif en plâtre disposé comme il vient d'être dit, sert à la construction de l'appareil modeleur (1).

Sa forme intérieure est donnée par le schéma (*Fig.* 2) ; en *x* se trouve une pelote pneumatique : en γ et δ se trouvent des « creux », destinés à être remplis par le thorax au fur et à mesure de son modelage ; en *b* se trouve une pelote pneumatique ou un méplat offrant une résistance à la partie bombée correspondante du thorax scoliotique. Le modeleur est construit de telle sorte que la pelote située en x puisse augmenter son volume et sa résistance et ne venir que très progressivement occuper l'es-

(1) L'appareil modeleur est construit en cuir moulé et durci, en feutre poroplastique, ou même en plâtre.

pace α, donnant ainsi au modeleur, et toujours en « creux », la forme d'un thorax normal.

Cette disposition permet (en dégonflant la pelote pneumatique x) de « chausser » l'appareil sur le thorax déformé. L'avantage de la pelote pneumatique sur tous les autres appareils à presssion, est d'épouser la forme du thorax à mesure que son modelage s'effectue. Elle est toujours adhérente au thorax et elle le suit dans tous ses mouvements (inspiration et expiration) grâce à l'élasticité même du gaz (1).

La pelote exerce sa pression d'une façon continue. Etant élastique et par conséquent compressible elle permet cependant les mouvements nécessaires à la gymnastique respiratoire qui, elle est l'agent actif du modelage.

Notre procédé de modelage ne consiste en effet. ni dans le port d'un appareil spécial, ni dans l'usage de la gymnastique respiratoire, mais bien dans l'association intime de ces deux procédés utilisés simultanément.

Bilhaut. et plus tard son élève Perdu, avaient songé à utiliser des pelotes en caoutchouc qu'ils incorporaient à un appareil plâtré construit sur le sujet. « Bilhaut, nous dit Perdu dans sa thèse (2), enfermait dans le corset plâtré une vessie de caoutchouc dont l'ajutage sortait à la partie supérieure de l'appareil. On y comprimait alors de l'air. Cette tentative avait été abandonnée, parce que la pelote à air, insuffisamment fixée, pouvait se déplacer ; on ne pouvait se rendre compte du volume et des pressions obtenues ; l'air fuyait et cette évaluation, déjà imprécise, devenait impossible »



Fig. 4 — Auto-modeleur à pression pneumatique. — On voit la pelote pneumatique et la forme intérieure du modeleur.

Perdu, comme Bilhaut, construit un appareil plâtré, y adapte une vessie de caoutchouc ; mais, au lieu d'air, il y injecte progressivement un liquide : la glycérine.

Les deux tentatives de ces auteurs m'ont été très utiles et c'est pour moi un devoir et un plaisir de le reconnaître ici. Mais mon procédé diffère du leur par les détails de technique que j'ai donnés plus haut pour la construction de l'appareil, et surtout pour la conduite du traitement (union de l'appareil modeleur et de la gymnastique respiratoire) ; la pelote qui me sert de « compresseur » diffère essentiellement de celle de Bilhaut et de celle de Perdu.

Ces deux auteurs employaient l'un et l'autre une vessie de caoutchouc (une chambre à air) (3). J'emploie un véritable pneumatique qui, comme un pneumatique d'« auto », se compose d'une chambre à air contenant le gaz et d'une enveloppe qui assure la résistance, rend possible la pression sans éclatement, assure une forme spéciale au pneumatique gonflé dans le but d'imprimer à la force produite une direction capable d'obtenir la détorsion du rachis. Or, que l'on injecte de l'air ou du liquide dans une vessie de caoutchouc (1), celle-ci « fera hernie » s'étalera autour du point « résistant convexe » au lieu de le soulever, et elle viendra fuser dans les parties creuses, à son pourtout, ne conservant pas la forme calculée d'avance. Seule l'« enveloppe » d'un pneumatique oppose une résistance au gaz et assure une forme déterminée à la pelote pneumatique. Le gaz ne peut pas faire « fuser » ou éclater la chambre à air, et de plus. il acquiert rapidement une pression pouvant se mesurer par un manomètre (*Fig* 5). On a ainsi une pression continue et, élastique, mesurable à tout instant, et par un robinet de détente, pouvant être subitement supprimée si, au cours des exercices de gymnastique respiratoire, le sujet se trouvait incommodé.

Pneumatique comportant une chambre à air intérieure, une enveloppe extérieure ; dispositif spécial (*Fig.* 5) permettant de vérifier la pression à tout instant, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté au cours des exercices suivant les besoins, la résistance du malade ; telles sont les conditions qu'il fallait réaliser pour utiliser mon appareil modeleur en l'associant à la gymnastique respiratoire. Gymnastique qui est par elle-même un exercice violent demandant au malade un certain effort et de la liberté dans le jeu du thorax. L'appareil modeleur doit donc, tout en modelant, permettre les mouvements de gymnastique respiratoires et laisser au thorax un jeu suffisant (pression pneumatique, continue, élastique).

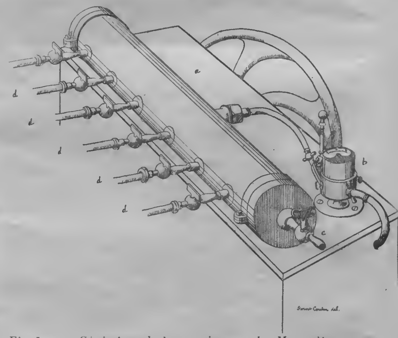


Fig. 5. — *a*, Générateur de la pression. — *b*, Manomètre. — *c*. Robinet régulateur permettant de régler, de supprimer la pression, — *d*, Robinets distribuant la pression à plusieurs sujets en même temps au cours des exercices de gymnastique respiratoire. — Voir dispositif pendant le traitement (*Fig.* 6, 7, 8, 9, 10).

Il fallait employer une force compressible, un gaz, qui, par sa seule élasticité, suivrait le thorax dans ses déplacements et donnerait à la pelote une forme voulue, au fur et à mesure que s'effectuerait le modelage du thorax et la détorsion du rachis.

Telle est la description de l'auto-modeleur (2) à pression pneumatique ; mais son action ne peut être mise en œuvre que par une gymnastique respiratoire bien comprise.

III. — La gymnastique respiratoire associée a la pression pneumatique a l'aide de l'automodeleur. — La gymnastique

(1) Ce que ne peuvent faire les pressions à l'aide de vis ou de mécaniques quelconques ; un simple déplacement du thorax de quelques milimètres supprime leur action.

(2) Thèse de Paris, 1902.

(3) Le compresseur de Perdu était renforcé sur la face postérieure par une toile, mais la chambre à air était, en avant, directement en contact avec le thorax.

(1) Le liquide d'ailleurs est incompressible et dépourvu d'élasticité.

(2) Auto-modeleur, parce qu'il sert à un véritable auto-modelage du sujet qui modèle lui-même son thorax sous l'action de la gymnastique respiratoire et de la pelote à pression pneumatique.

respiratoire est une gymnastique essentiellement active. Elle assure une large dilatation du thorax et l'augmentation de tous ses diamètres transversaux et antéro-postérieurs.

Ce résultat est obtenu par la contraction des muscles inspirateurs et par le jeu donné aux multiples articulations qui unissent les vertèbres entre elles, les côtes à la colonne vertébrale et au plastron sternal (1).

Le diaphragme, principal muscle de la respiration, agit de deux façons :

S'il prend point d'appui sur les côtes, il abaisse les viscères et augmente les dimensions verticales de la cage thoracique.

S'il prend point d'appui sur la *masse viscérale*, en raison de la forme convexe du point d'appui, les fibres musculaires conservent leur courbure naturelle et agissent sur les côtes diaphragmatiques dans une direction à peu près verticale ; elles les attirent en haut et en dehors.

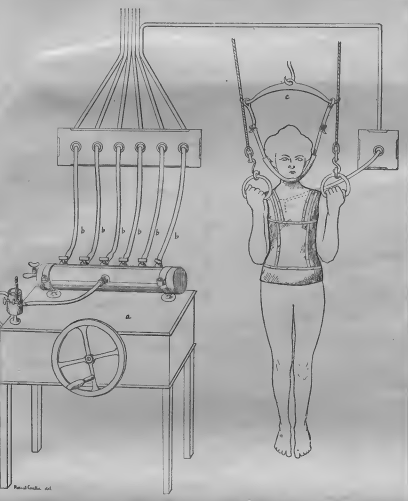


Fig. 6. — Auto modeleur de Mencière, à pression pneumatique pour le modelage du thorax et le redressement du rachis. — *a*) Générateur de pression portant un manomètre et un robinet régulateur (la pression doit varier de 500 grammes à 2 kilog. — *b*) conduits distribuant la pression pneumatique à une série d'appareils. Les sujets, face au moniteur, travaillent ensemble et constamment sous sa surveillance. — *c*) Traction de la tête et du rachis par les membres supérieurs fixés poings aux épaules (dispositif donnant un point d'appui solide aux inspirateurs).

L'appareil modeleur (pendant le mouvement de gymnastique respiratoire), en renforçant les parois abdominales, augmente la résistance des viscères. Cette résistance s'oppose à l'abaissement du diaphragme, empêche l'agrandissement du diamètre vertical ; mais l'expansion transversale que gagne la poitrine compense largement cette diminution, en même temps qu'elle sollicite le modelage du thorax, suivant une forme voulue et déterminée par le *modeleur*.

(1) Desfosses. — Les agents physiques usuels (p. 274).

En dehors du diaphragme, nous devons compter pour le modelage du thorax sur les muscles de *l'inspiration costo supérieure* :

Le scalène antérieur, le scalène postérieur, le sterno-cléido-mastoïdien, la portion claviculaire du trapèze, le petit pectoral, le sous-clavier, les surcostaux, le petit dentelé postérieur et supérieur.

D'autres muscles, bien que d'une façon moins directe, prennent cependant part à l'inspiration costo-supérieure : le trapèze, le grand dentelé, le rhomboïde, le grand pectoral, le grand dorsal.

Pendant les mouvements d'inspiration, il est nécessaire que la tête et le cou soient en « extension », pour que les scalènes, le sterno-cléïdo-mastoïdien, la portion claviculaire du trapèze puissent exercer leur action inspiratrice. Or, cette condition est réalisée d'une façon absolue par la position donnée à la tête de notre malade. Elle est maintenue par une minerve, et un dispositif particulier permet une traction verticale au moment de l'inspiration (*Fig.* 6 et 7).

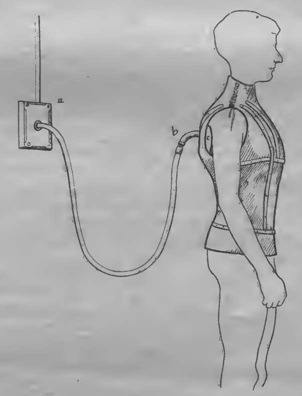


Fig. 7. — Appareil modeleur, vu de côté. — *a*) Arrivée de l'air comprimé. *b*) Raccord reliant la prise d'air à l'appareil. — *c*) Pelote pneumatique.

Le grand dentelé, comme l'a démontré Duchenne, est un inspirateur énergique, quand il prend son point fixe sur l'omoplate.

Il est nécessaire et suffisant que l'omoplate soit fixée par la contraction du rhomboïde ; et, à la remarque de Duchenne, je me permets d'ajouter : par la *contraction du trapèze*. Or, dans la scoliose, le décollement de l'omoplate amène un fonctionnement défectueux de ces deux muscles et une presque impossibilité de fixation pour l'omoplate.

L'appareil modeleur, par sa pelote à pression pneumatique, continue et élastique assure précisément le maintien et la fixation de l'omoplate, quelle que soit la position du thorax à un moment donné de l'inspiration. Ces notions de physiologie musculaire indiquent les conditions les plus favorables au développement de la cage thoracique, par les exercices de gymnastique respiratoire, pendant que le thorax du sujet est enfermé dans l'auto-modeleur.

Les parois abdominales devront offrir une résistance suffisante pour soutenir les viscères et donner au diaphragme un point d'appui solide.

La tête et le rachis seront en « extension », condition essentielle pour que les inspirateurs puissent avoir un point d'appui.

Les omoplates seront fixées au thorax.

Enfin, en vertu de la loi : *le contenu se modèle sur le contenant*, il faudra que le thorax soit contenu dans un appareil de forme appropriée. Grâce à cela, il sera orienté dans un sens déterminé pendant les mouvements d'inspiration profonde.

Le thorax, soumis à l'action de forces éminemment actives, muscles, poumon lui-même, sera sollicité à se développer suivant la forme de l'appareil modeleur, ce qui lui assurera un volume suffisant et une forme normale.

Les redressements forcés, manuel ou instrumental, la mobilisation du rachis, avec ou sans mécanothérapie constituent surtout la partie passive du traitement.

La gymnastique respiratoire en constitue la partie, non pas exclusivement, mais essentiellement active ; mais je ne conçois pas la gymnastique respiratoire telle qu'on la fait habituellement, à thorax nu, sans appareil modeleur. et, m'appuyant sur l'anatomie et la physiologie, je viens de dire pourquoi. Cette restriction posée, définissons la gymnastique respiratoire ? son utilité ? Son mode d'action ?

***

« Ce qui constitue la gymnastique respiratoire, c'est l'inspiration très complète d'une part, l'expiration parachevée d'autre part » (Guermonprez).

Je me ferais un scrupule de parler de gymnastique respiratoire, et de ne pas citer à peu près textuellement le Dr Lagrange ; la clarté de la description n'y ferait qu'y perdre. « Il n'est aucun appareil où l'on puisse vérifier d'une manière aussi frappante que dans l'appareil respiratoire cette loi que « la fonction fait l'organe ». Loi éminemment heureuse ici ! Sur elle repose toute ma théorie du traitement de la scoliose : le modelage du thorax étant *fonction* du développement de l'appareil respiratoire.

« Le poumon est formé d'une agglomération de cellules indépendantes les unes des autres, dont l'ensemble se divise en lobes, subdivisés en lobules, qui ne communiquent pas entre eux. Cette disposition (qu'on a comparée à celle des grains de raisin sur leur grappe) permet à certains départements du poumon de rester inactifs, pendant que les autres entrent en fonction ; de sorte que le nombre des cellules, qui prennent part à la respiration, varie suivant la quantité d'air introduite à chaque inspiration dans l'arbre aérien ».

Or, dans la scoliose, ce sont ces départements inactifs de l'arbre aérien qu'il s'agit de faire fonctionner, de développer de façon que, par le volume même qu'ils acquerront pendant l'inspiration forcée, ils puissent concourir au relèvement des côtes et du thorax.

Le scoliotique se crée des habitudes de respiration ralentie ; et c'est ce qu'il faut éviter chez lui. Un grand nombre de vésicules pulmonaires s'accoutument à l'inaction, et perdent leur aptitude à fonctionner, ainsi qu'il arrive de tous les organes qui ne fonctionnent pas. Aussi, chez les scoliotiques soumis au traitement, voyons-nous rapidement, l'hématose se faisant mieux, l'état général se relever. Ces malades, anémiés, facilement essoufflés, reprennent des couleurs ; la respiration se régularise. Ce relèvement constant de l'état général n'est pas un argument de moindre valeur pour décider de la conduite à tenir en pareil cas.

L'immobilisation systématique trop prolongée par les appareils contentifs (1) a pu être comptée parmi les causes prédisposantes les plus redoutables à la phtisie pulmonaire. J'ajouterai, en outre, que pas un orthopédiste ne soutiendra sérieusement avoir vu un seul cas de scoliose guéri ou amélioré par un corset, quel qu'il soit.

« L'exercice, dans les troubles de l'appareil respiratoire, *ne vise pas seulement le contenu* de la poitrine ; il a souvent pour effet de modifier le *contenant*, c'est-à-dire la *cage thoracique*, en mobilisant les pièces osseuses qui la composent. C'est là une indication qui se présente souvent quand une affection pulmonaire chronique a habitué le poumon à un fonctionnement très restreint. Ces habitudes de respiration raccourcie ont laissé les articulations costo-vertébrales et costo-sternales tomber dans un certain degré d'ankylose, qui, au bout d'un certain nombre d'années, rend impossibles les mouvements respiratoires très amples. L'insuffisance fonctionnelle du soufflet thoracique s'observe aussi très souvent chez les vieillards par l'effet de l'âge, qui tend à raidir les ligaments, à dessécher les synoviales, à ossifier les cartilages d'encroûtement. Il y a indication dans tous ces cas à provoquer localement des mouvements dans les articulations costales, comme on le ferait dans une articulation ankylosée. »

Or, ne sommes-nous pas exactement dans les mêmes conditions chez un scoliotique ? Ne faut-il pas assouplir les ligaments provoquer localement des mouvements dans les articulations costales par la gymnastique respiratoire, afin d'assurer le relèvement des côtes ?

Redard, d'autre part, a insisté d'une façon toute spéciale sur l'insuffisance respiratoire, à la suite d'obstructions nasales prédisposant aux scolioses dans de très nombreux cas. Ceci indique,

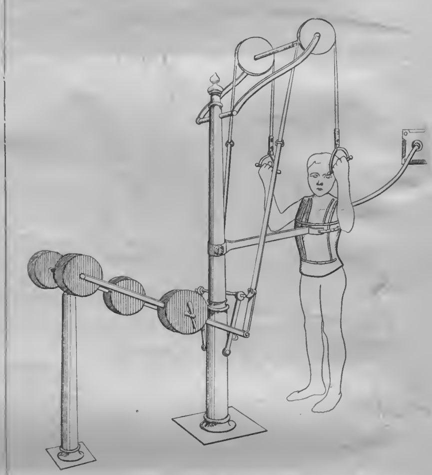


FIG. 8. — Scoliose à droite.

pour qui veut y réfléchir, l'importance de la respiration nasale quand il s'agit de déviations du rachis.

« Les difficultés sont parfois grandes pour reconstituer la perméabilité du nez. Tout ce qu'il faut entreprendre est une cause de fatigue : on a donc besoin d'y mettre de la mesure et d'y apporter des ménagements. » (Guermonprez).

Pour faire exécuter les exercices de gymnastique respiratoire avec l'auto-modeleur, le médecin, explique à l'enfant, lui montre en quoi consiste la respiration nasale ; puis il lui ordonne d'exécuter cinq ou six respirations, l'inspiration et l'expiration se faisant par le nez (Desfosses). Il règle le rythme respiratoire en levant la main pendant l'inspiration, en l'abaissant pendant l'expiration ; ces mouvements doivent être assez lents.

Le malade est placé debout dans la position indiquée par la figure 6. Au moment de l'inspiration, il fixe les coudes au corps et tire fortement sur les anneaux du gibet, ce qui a pour effet de fournir un point d'appui aux muscles inspirateurs et en même temps d'opérer une traction sur le rachis.

(1) Corsets qu'il ne faut pas confondre avec l'auto-modeleur porté au moment des séances de gymnastique respiratoire seulement. Modeleur qui, à l'encontre des corsets, est construit d'une façon telle que toute l'ampleur à donner au thorax a été soigneusement ménagée.

Le fonctionnement de l'appareil (*Fig.* 8) se déduit du simple examen de cet appareil. Il a pour but de favoriser les mouvements d'inspiration et de les porter à leur maximum par l'élévation passive des membres supérieurs.

L'appareil (*Fig.* 9) est destiné au redressement des courbures du rachis et à la correction de l'inclinaison du bassin. Fonctionnant avec un appareil modeleur, l'inspiration doit acquérir son maximum au moment de l'élévation maximum du membre supérieur, côté concave de la scoliose.

L'appareil (fig.10) est destiné à la détorsion du rachis. Employé avec un appareil modeleur, l'inspiration doit atteindre son maximum d'ampleur au moment où l'appareil de détorsion acquiert lui-même la position correspondant au maximum de détorsion.

Pendant son passage aux différents appareils (1), le malade pratiquera par le nez de longues inspirations. Ces inspirations lentes devront faire rentrer dans la poitrine tout l'air possible. Le malade marquera un temps d'arrêt au point maximum du mouvement de l'inspiration et restera assez longtemps dans cette

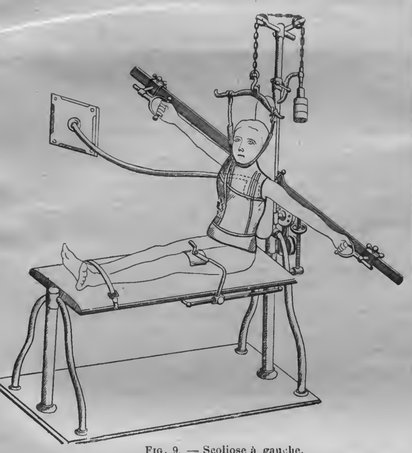


Fig. 9. — Scoliose à gauche.

position qui constitue à elle seule un exercice violent, mettant en œuvre la volonté et l'appareil musculaire.

L'importance de la respiration nasale n'est plus à démonrer, c'est la première des conditons de la gymnastique respiratoire.

Le fonctionnement normal d'un bon appareil respiratoire, comme le dit le docteur Saint-Marty, comporte une respiration nasale, suffisante, complète. Or, nous savons de quel intérêt est pour nous le fonctionnement de l'appareil respiratoire au point de vue du développement de la cage thoracique.

J'ai constaté avec Philippe Tissié combien les modifications dans le jeu et dans la forme de la cage thoracique sont rapides, et combien les résultats sont encourageants par une bonne méthode de gymnastique respiratoire. Cette remarque m'a conduit à construire l'auto-modeleur, qui, adapté à la gymnastique respiratoire, favorise si heureusement le modelage du thorax dans la scoliose.

Quand le malade sera suffisamment entraîné, il sera nécessaire de rechercher le type normal de la respiration, il s'agira alors d'obtenir un effort de la volonté renouvelé 16 à 18 fois par minute.

Enfin pendant les exercices d'auto-modelage nous devons exercer une surveillance quasi tracassière sur l'attitude de la tête, des épaules, des hanches. « L'effet d'un mouvement très correct étant non seulement de fortifier les muscles intéressés et d'assouplir les ligaments, mais aussi d'éveiller et d'exercer le sens musculaire et de faire l'éducation des fonctions de coordination » (1).



Fig. 10. — Scoliose à droite.

Or, ne l'oublions pas, ces vérités sont encore de mode lorsqu'il s'agit de l'appareil musculaire qui concourt à la fonction respiratoire, fonction qui est le pivot de notre procédé de modelage du thorax dans la scoliose.

(1) Chaque ordonnance est faite pour chaque cas et les appareils istribués suivant les cas, en différentes séances.

(1) Lagrange. — Société de kinésithérapie. 27 décembre 1901.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22. décembre 1909.

Les kystes hydatiques du foie. — M. *Legueu.* — Sur 12 kystes du foie opérés par moi, j'ai dû faire 5 fois la marsupialisation, pour suppuration du kyste. Dans 7 cas j'ai formolé la poche et réuni sans drainage. Une fois, j'ai été obligé de réopérer la malade et de drainer vingt jours après la première opération. Une autre fois, la tumeur récidiva deux ans après.

J'ai observé 2 cas de kystes multiples. Dans le premier, le second kyste fut ouvert pendant que j extirpais la membrane fertile de la première tumeur. La seconde poche remontait dans le thorax et fut drainée ; la malade guérit.

Dans le second fait, plus complexe, les kystes étaient éloignés et non plus adjacents. Sur un malade qui présentait un gros développement de la partie supérieure de l'abdomen, une laparotomie médiane conduisit sur un grand kyste de la face inférieure du lobe gauche : il fut traité par le formolage et la réduction sans drainage. La tuméfaction n'ayant pas diminué, on chercha un autre kyste par une laparotomie latérale antérieure : une ponction montra un kyste dans le lobe droit. L'incision détermina une hémorragie grave qu'on eut peine à arrêter. Une fois la poche réduite, le saignement continua dans la poche et le malade mourut. A l'autopsie, on put vérifier qu'une poche existait à la face inférieure du lobe gauche ; l'autre était à la face supérieure du lobe droit. On avait abordé la seconde poche d'un côté où elle était trop recouverte de tissu hépatique. Il y aurait donc intérêt à diagnostiquer d avance ces kystes multiples quand ils sont éloignés, afin d'aborder chacun d'eux par la voie la plus convenable.

Ostéotomie sous-trochantérienne pour luxation congénitale de la hanche. — M. ***Kirmisson*** fait un rapport sur une observation adressée par M. Coville (d'Orléans) et concernant une jeune fille de 14 ans atteinte de luxation congénitale double de la hanche, non traitée et ayant entraîné un tel entrecroisement des genoux que la marche et la station debout même étaient devenues impossibles. M. Coville fit du côté le plus atteint, à gauche, une ostéotomie sous-trochantérienne transversale du fémur et immobilisa la malade quatre mois en extension continue. Le résultat fonctionnel fut excellent et deux ans après il paraissait s'améliorer encore. Cette opération ramène le membre dans une position moyenne d'abduction ; alors que l'inversion complète pousse la tête à s'écarter de plus en plus du plan du bassin et à remonter dans la fosse iliaque externe, cette position d'abduction amène la tête à s'appuyer sur le bassin. L'ostéotomie transversale est préférable à l'ostéotomie oblique, qui ne permet pas d'agir sur le fragment supérieur pour diminuer son adduction.

Contusion de l'abdomen.— M. ***Souligoux*** communique une observation de M. Lafourcade (de Bayonne) concernant un homme de 22 ans qui fut contusionné par une pièce de bois. Quelques heures après l'accident il n'existait plus qu'une violente contracture de toute la paroi abdominale, sans grandes douleurs. La laparotomie fut pratiquée séance tenante. On trouva deux déchirures de l'intestin grêle et une déchirure du mésentère. Le malade guérit sans incident. Mais 7 mois après il fut pris brusquement d'une douleur aiguë dans l'abdomen avec arrêt des matières et des gaz. Avant qu'on ait pu intervenir le malade succombai, moins de 12 heures après, et à l'autopsie on trouva les anses grêles pleines de sang entre 2 points étranglés correspondant à une torsion complète du mésentère. C'est à celle-ci, suivie d'hémorragie, que serait due la mort rapide du malade. Peut-être s'agissait-il d'une oblitération de la veine mésentérique supérieure.

Rupture spontanée des voies biliaires. —M. ***Routier***. —J'ai observé deux fois cet accident chez des femmes ayant eu auparavant plusieurs crises de coliques hépatiques. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'une malade de 57 ans qui fut prise brusquement de symptômes d'occlusion intestinale aiguë. La laparotomie donna issue à une quantité abondante de liquide vert visqueux. La vésicule était tendue, bourrée de calculs, non perforée. L'intestin était intact et je ne trouvai aucune perforation des voies biliaires. La malade guérit et on lui enleva ultérieurement sa vésicule.

» Dans l'autre cas, une malade qui avait antérieurement subi une cholécystectomie pour lithiase, présenta brusquement une colique hépatique très violente, puis des signes nets de péritonite. Je trouvai un foyer purulent rétro-cœcal rempli de bile, que je drainai. Par le drain pendant 15 jours il s'écoula de la bile en abondance. Puis la malade très affaiblie succomba, et à l'autopsie, il ne fut encore pas possible de découvrir la rupture des voies biliaires.

MM. ***Quénu*** et ***Reynier*** ont observé des faits analogues.

Au cours de la séance MM. Rouvillois (armée), Pfihl (marine), Bégouin (Bordeaux), Ferron (Laval), Le Fort (Lille). Lafourcade (Bayonne), ont été élus membres correspondants nationaux.

Ont été élus membres du bureau pour 1910 : MM. Routier, président ; Jalaguier, vice-président ; Rochard, secrétaire général ; Hartmann et Potherat, secrétaires ; Arrou, trésorier ; Broca, archiviste.

Ch. Le Braz

BIBLIOGRAPHIE

Régimes alimentaires ; par Marcel Labbé. (1 vol., 585 pages. Baillière édit. Paris, 1909.)

Vous savez ce que le sage Esope considérait comme la meilleure ou la pire des choses. Cela prouve qu'il ne connaissait pas la thérapeutique, qui, elle aussi, peut être la meilleure ou la pire des choses. Nous avons vu les erreurs dans l'art de guérir se perpétuer de génération en génération ; ce n'est guère que de nos jours que l'on a pu réagir contre cette tendance fâcheuse. Ce n'est pas que nous soyons devenus pour cela de grands guérisseurs ; mais mettant en usage le vieil adage « mieux vaus prévenir que guérir », nous songeons davantage à l'hygiène et à la prophylaxie. D'où l'importance toujours croissante de l'étude des régimes alimentaires. Je ne crois pas que l'on trouve ailleurs que dans le livre de M. Labbé de meilleurs préceptes ; l'auteur, en une langue précise, et sachant qu'il s'adresse à des confrères, ne néglige pas la partie théorique ; mais il la met toujours au service de la partie pratique ; j'ai beaucoup goûté les chapitres où il traite du régime alimentaire du diabétique et de l'obè e. On sent que M. Labbé a longuement pratiqué toutes les règles qu'il nous conseille, et qu'il nous donne l'essence de son expérience personnelle. Il y a pour terminer l'ouvrage quelque chose qui aurait certainement fait hésiter bien de nos confrères d'autrefois, c'est l'art, vulgaire si l'on veut, mais pratique de préparer... les divers plats que M. Labbé a recommandés chemin faisant. Et ce n'est pas là une petite affaire : car, pour qui a vécu un peu, il est de notion courante que la cuisine faite même par un chef habile peut être détestable pour beaucoup de nos malades. C'est alors au médecin d'intervenir, de dicter les règles diététiques, et aussi de montrer comment les appliquer : « Nil homini a me alienum puto », disait le philosophe antique, ce que Sancho Pança aurait traduit en affirmant qu'il n'y a pas de sot métier.

F. R.

Curiosités médico-artistiques, 2e série, par le Dr Lucien Nass. (1 vol. de 350 p. avec 300 dessins, à la plume, d'après Raphaël, Véronèse, Bosch, Jordaens, Hals, Baudouin, Gavarni, Daumier, etc ; en vente chez Albin Michel, éditeur, 10 rue de l'Université, Paris.)

Cet homme de lettres, délicat et avisé, qu'est le Dr Lucien Nass continue avec succès à exciter notre curiosité par la publication d'une deuxième série de ses vraiment curieuses « curiosités médico-artistiques ». Ce recueil est dédié à Messieurs Dalloz, Fleury et Martinet, directeurs du *Correspondant médical* : c'est justice, car ce journal illustré, instructif et vulgarisateur, est devenu l' « indispensable » aux loisirs du médecin, et les lecteurs ne peuvent qu'associer dans une même pensée de reconnaissance les trois directeurs et leur principal collaborateur.

La deuxième série des *Curiosités Médico-Artistiques* contient plus de trois cents gravures, représentant des tableaux célèbres ou peu connus, des caricatures et des estampes, des toiles anciennes ou modernes ; de nombreux artistes passent ainsi au crible de la critique médico artistique depuis les primitifs jusqu'aux contemporains. L'ensemble forme un recueil documentaire des plus précieux, malgré le prix modique du volume.

Ces gravures sont groupées sous différents chapitres, expliquées et commentées par un texte clair qui développe et généralise les observations critiques de l'auteur. Les aveugles dans l'art, la pathologie par l'image, l'obstétrique dans l'art, les mains, clysteriana, les bains, la médecine dans le portrait, le rire, la douleur. En marge de l'amour, la gourmandise, bourreaux et suppliciés, la passion dans l'art, les saints guérisseurs, Rabelais, artiste. etc, etc.

Cette rapide énumération de chapitres montre l'intérêt que présente ce volume pour tous ceux qui sont curieux de critique et d'anecdotes artistiques. Cette série des *Curiosités Médico-Artistiques* affirme une fois de plus l'importance de l'œuvre poursuivie par M. le Dr Lucien Nass et tous les médecins ajouteront cette 2e série à la première qu'ils ont certainement déjà.

Cornet.

TRAVAUX ORIGINAUX

La Cyclothymie ;

par Pierre KAHN,
Chef de Cinique adjoint à la Faculté de Paris.

Plus que tout autre, le mot de « neurasthénie » a étendu son domaine outre mesure, si bien qu'on définit par ce diagnostic des états pathologiques essentiellement différents et par leur étiologie et par leur aspect clinique.

Il faut conserver à la maladie de Beard son sens strict de « névrose d'épuisement ». La neurasthénie est une maladie physique caractérisée par la céphalée, la douleur lombaire, la fatigue du matin, l'impossibilité d'un effort continu et de durée même moyenne. Sur ce syndrome dû à un épuisement nerveux qui, généralement, fait suite à un surmenage physique ou moral, viennent se greffer des troubles gastro-intestinaux et cet ensemble morbide est assombri encore par une certaine dépression morale.

Infiniment différente de la neurasthénie est la mélancolie.

Là, point de symptômes d'épuisement physique. La maladie est essentiellement morale. Alors que c'est l'effort qui est impossible au neurasthénique, c'est la pensée même de l'effort à accomplir qui fait souffrir le mélancolique.

Le neurasthénique commence un travail, mais ne peut pas le continuer. Le mélancolique ne commence rien. Il reste sur place, ramassé en soi.

Alors qu'on trouve à l'origine chez le neurasthénique un surmenage soit seulement physique, ou physique et moral à la fois, l'accès de mélancolie, au contraire, débute sans cause appréciable ou tout au moins, suffisamment nette pour avoir une valeur quelconque.

La mélancolie est donc profondément différente, et dans son étiologie, et dans sa symptomatologie, de la neurasthénie.

La neurasthénie et la mélancolie sont toutes deux des maladies où domine le syndrome dépressif. A ce syndrome, semble s'en opposer un autre, celui de l'excitation.

Et là, de nouveau, nous trouvons une étiquette diagnostique dont il a été fait un abus considérable : nous voulons parler de l'hystérie.

Dans le domaine neurologique, M. Babinski a opéré le démembrement de l'hystérie et il l'a limité à la suggestionnabilité morbide : au pithiatisme.

C'est le même principe qu'il faut appliquer à l'hystérie, lorsqu'on veut en tracer les frontières dans le département psychiatrique.

Aussi est-ce une erreur de qualifier d' « hystériques » des malades dont les troubles psychiques consistent surtout dans l'instabilité de leur humeur, l'excitation de leur pensée, l'extravagance de leurs actes ; ces malades appartiennent au cadre nosologique de la manie, depuis les formes les plus atténuées qui sont d'observation journalière, jusqu'à celles plus graves qui relèvent de la pratique des asiles ou des maisons de santé.

Maintenant que nous avons soustrait à la neurasthénie et à l'hystérie ces états mélancoliques et maniaques qui, si souvent, ont été englobés dans la banalité de ces étiquettes, il nous faut dire que ces deux entités cliniques, dont la symptomatologie est diamétralement opposée, sont à la vérité réunis par un lien des plus étroits.

Alors que le mélancolique est sans volonté, triste, renfermé en lui-même, le maniaque est bruyant, expansif, exalté.

Aussi peut-il sembler étrange de rapprocher deux états mentaux aussi dissemblables.

Des cliniciens tels que Baillarger, Falret, Billod, Delaye, Magnan avaient déjà remarqué des formes d'aliénation mentale dans lesquelles, chez le même malade, la mélancolie et la manie alternaient et se succédaient. Mais à côté de ces formes, ils continuaient à considérer l'existence clnique séparée et distincte d'une mélancolie et d'une manie.

En 1899, le Dr Kræpelin fit rentrer sous la même dénomination de psychose maniaque, dépressive, — les états de manie et les états de mélancolie. Pour lui, il n'y a pas de manie pure, il n'y a pas de mélancolie pure. Il n'y a qu'une maladie mentale qui tantôt se traduit par de la manie, tantôt par de la mélancolie.

Cette conception du professeur de Munich, qui se trouve déjà d'ailleurs indiquée chez Falret et chez Morel, a trouvé crédit en France, et MM. Ballet et Deny s'en sont fait les défenseurs.

Mais si la manie et la mélancolie, dans leur pureté clinique, sont toujours apparues d'une façon nette à l'examen des observateurs, et si par la violence des symptômes les malades qui en ont été atteints ont toujours été considérés comme des aliénés et comme tels soignés par des spécialistes, il n'en est pas de même de ceux qui n'en ont présenté que des *formes atténuées* et c'est de ces derniers dont nous voulons maintenant parler.



La place qu'ils occupent est située dans la zone frontière qui sépare le domaine pathologique du monde des individus normaux.

Tenus par les uns pour des personnes simplement bizarres, fantasques et originales, ils sont considérés par les médecins aliénistes comme atteints d'une psychose très atténuée qui n'en est pas moins morbide.

Aussi Hecker et Willmans en Allemagne et Deny en France se sont-ils servis du terme de « *cyclothymie* » déjà employé par Kahlbaum pour désigner cette forme très légère de la psychose maniaque dépressive ou psychose circulaire, selon le terme qu'on préfère.

Tiré du grec, ce mot signifie littéralement état d'esprit cyclique, humeur circulaire.

Le cyclothymique n'est pas un aliéné. Il n'est pas non plus un individu parfaitement normal. Il est étrange, bizarre, lunatique.

Il est trop gai ou bien il est trop triste, trop remuant ou bien d'une inaction stérile, indécis à l'excès ou trop téméraire dans ses entreprises.

Il est toujours trop... ou pas assez.

Il n'a plus le sentiment de la mesure ; mais ce n'est pas un aliéné.

Tantôt nous le voyons sans énergie, sans volonté, le visage morne et l'œil terne, ne se déplaçant qu'avec peine, portant comme un lourd fardeau l'existence quotidienne. Son esprit est envahi des pressentiments les plus sombres. L'univers tout entier ne lui apparaît qu'à travers la grisaille d'un pessimisme que rien ne légitime. L'idée même d'entreprendre quoique ce soit lui est atrocement pénible. Il est craintif, ramassé en lui-même, et son âme apeurée se tournerait volontiers vers la dévotion.

C'est lui qui passe au détour d'une rue, la tête basse, et le démarche hésitante.

Son visage est vieilli d'une barbe qui n'a pas été faite depuis plusieurs jours. Les vêtements semblent flotter sur son corps amaigri. Nous a-t-il aperçu qu'il ne nous salue qu'à peine, comme à regret ; puis il presse le pas et nous comprenons qu'il cherche à nous éviter.

Lui adresse-t-on la parole, qu'il répond brièvement par monosyllable. Il est anxieux, malheureux, se plaint d'un malaise général. Il a pleinement conscience de son état, mais il ne peut parvenir à le modifier.

Si cette dépression s'accuse encore davantage, il s'enferme alors dans sa chambre et se couche pour se laisser aller au repos de l'anéantissement dans l'obscurité qu'il affectionne.

Parfois, il se plaint de ne plus sentir.

« Ce qui me torture le plus — nous disait une de nos malades — c'est que les autres sont heureux, lorsqu'ils ont du bonheur, et que moi, je suis indifférent et je ne jouis pas de la vie.

« Je réagis, je raisonne, je me dis : « Voyons, tu n'es pas venue jusqu'à 34 ans sans avoir ri et pleuré, mais cela n'y fait rien. Tout comprendre, percevoir le but de tout, et ne rien sentir, n'est-ce pas désolant ? »

Le cyclothymique déprimé se sent incomplet, bizarre, étranger au monde qui l'entoure.

Il a cessé de vibrer à l'unisson, a conscience de son infirmité, et, se sachant vaincu à l'avance, c'est en victime fatale qu'il se laisse pousser dans la vie quotidienne pleine de menaces pour lui.

Quelques-uns de ces malades ont une sensation de vide cérébral tout à fait particulière. D'autres racontent que leur marche leur semble bizarre, aérienne, que le bruit des voitures les étourdit que les lumières leur blessent la vue, qu'il leur semble qu'ils rêvent... qu'un nuage, un voile, change la teinte et l'aspect des corps qui ne s'identifient plus avec le souvenir de leurs anciennes perceptions.

Et toute cette dysesthésie morale se traduit par la dépression psychique et de la tristesse de l'humeur.

C'est dans cette période que la famille, alarmée de cet accès d'humeur noire, conduit le malade chez un médecin, et qu'on pose le diagnostic banal et inexact de neurasthénie.

Mais brusquement, le tableau change, cette dépression mélancolique disparaît. Non seulement il y a guérison, mais cette guérison est pour ainsi dire trop parfaite.

Ce malade triste, qui se traînait à peine, qui parlait à voix basse et péniblement, que tout dans la vie quotidienne effrayait, à qui l'idée du moindre effort à accomplir était atrocement pénible, ce craintif, ce dévot, qui se cantonnait dans l'obscurité de son alcôve, est devenu bruyant, bavard, exubérant, d'une activité dévorante, frondeur dans ses actes. Sa dévotion a fait place à des convictions de libre-penseur.

Il est prodigue et débauché, aucun effort ne paraît lui peser.

Il se multiplie, entreprend cinq ou six affaires à la fois ; à peine en a-t-il entamé une qu'il jette déjà les bases de la suivante. Il abandonne la situation la plus solide, pour courir après l'ombre de quelque autre plus que problématique. Il engage ses meubles au Mont-de-Piété, change plusieurs fois de suite d'appartement.

Bientôt le cercle de ses amis et de sa famille est trop étroit pour lui. La politique l'appelle. Il s'y jette à corps perdu et brille dans les réunions publiques ; que cet accès d'humeur exubérante ait quelque durée, et le voilà député..... et il siégera à l'extrême gauche

Mais qui donc s'aviserait de considérer comme un malade, cet homme à l'intelligence si active, à la bourse toujours ouverte, aimable, beau parleur, à l'esprit incisif et moqueur et portant en lui l'infinie joie de vivre ?

Aussi le médecin ne voit-il ces cyclothymiques que sous une seule de leurs faces, dans la période de dépression, et pour peu que celle-ci soit fréquente, les étiquète-t-il « neurasthéniques circulaires ».

Le cycle de leur humeur est quelquefois d'une régularité singulière ; c'est chaque hiver ou chaque printemps, qui les voit triste.

Pour d'autres, le rythme est encore plus court.

M. Deny cite l'exemple d'un professeur de piano qui ne donnait ses leçons que tous les deux jours : il savait à l'avance le jour où, déprimé, il serait incapable de travailler.

Le Pr Albert Robin cite dans son Traité de thérapeutique des maladies de l'estomac le cas semblable d'un diplomate.

Par contre, il est d'autres cas où la périodicité est moins apparente et où elle demande à être recherchée.

Chez certains cyclothymiques, les périodes ne sont pas toutes ni d'intensité ni de durée égales, la phase d'excitation ou celle de dépression dominant.

Aussi, étant instruit de la nature de ces troubles, pourra-t-on ramener dans ce cadre des cas qui en imposaient jusqu'à maintenant pour de la simple neurasthénie.

***

Quelle est donc l'origine et quelle est aussi la nature de cette circularité morbide de l'humeur ?

N'est-elle pas autre chose que l'exagération d'un état normal ?

Il semble à la vérité que nous soyons tous sujets à ces oscillations de l'humeur.

Mais leur amplitude est minime, et sauf certains cas que chacun connaît, elles ne réagissent pas sur notre conduite

Que ces oscillations deviennent plus larges, qu'elles soient sensibles, voire remarquables à l'entourage, à la famille, et alors elles deviennent par cela même pathologiques.

C'est dans les antécédents héréditaires qu'on trouve, la plupart du temps, la raison d'être de cette cyclothymie.

Il ne faut pas oublier qu'elle a la même valeur nosologique que la psychose périodique, bien qu'elle n'en soit qu'une forme très atténuée ; aussi relève-t-on chez les parents ou les collatéraux de ces malades, des cas de manie ou de mélancolie.

C'est vers l'âge de la puberté que se révèle en général ce trouble de l'humeur dont les accès peuvent revêtir chez la même personne toutes les variétés depuis la simple exubérance, depuis la simple tristesse paresseuse, jusqu'à la manie aiguë, jusqu'à la stupeur mélancolique.

Aussi la cyclothymie est-elle une maladie constitutionnelle, souvent héréditaire, dont les accidents graves seuls jusqu'ici avaient été isolés et reconnus, alors qu'on en attribuait les manifestations les plus légères à la neurasthénie ou à l'hystérie.

De degré variable, les périodes se succèdent, régulières ou non, continues ou rares, souvent inaperçues chez ces cyclothymiques qu'on a continué de considérer comme des lunatiques ou de simples originaux.

Aussi, que de surprises ne réservent-ils pas à leurs familles, ou même combien de fois ne sont-ils pas les héros irresponsables d'étranges aventures médico-légales ?

***

Combien de femmes, jusqu'alors réservées, se jettent dans une période d'excitation, à corps perdu, dans les intrigues les plus scandaleuses, et reviennent alors, une fois cette crise éteinte, dans leur foyer brisé, ne comprenant rien elles-mêmes à ce qui s'est passé ?

Combien de négociants entreprennent les affaires les plus folles et ruinent toute leur famille ? Combien d'autres dans des périodes de dépression, laissent aller à la dérive leurs intérêts et arrivent au même désastre par une voie opposée ?

Il est loin d'être rare que les tribunaux aient à juger des vols, des attentats à la pudeur, des rixes sur la voie publique commis par des cyclothymiques excités. Et alors le problème se pose de la responsabilité des délinquants, puisque cette notion si banale de responsabilité est à la base de la jurisprudence.

Que ce soit donc dans le domaine médical ou dans le milieu social, la cyclothymie apparaît comme une notion importante : entité pathologique bien définie, et par son étiologie et par son évolution, maladie constitutionnelle dont les manifestations sont légères ou graves, régulières ou non, mais néanmoins d'une importance clinique égale, quel que soit leur rythme ou leur degré.

Le mot de cyclothymie contient en lui la notion de circularité des deux états d'excitation ou de dépression ; et par cela se montre supérieur à celui de « mélancolie intermittente », de « neurasthénie circulaire » qui ne visent que l'un de ces deux états.

Nous n'avons pas ici à faire le diagnostic de la cyclothymie ; ceux que la question intéresse le trouveront dans notre thèse inaugurale que nous avons consacrée à cette question ! (1).

Mais il nous reste à signaler que des troubles de l'humeur ont souvent été notés au cours du diabète, des diathèses hépatiques, uricémiques ou neuro-cutanées.

Dans les observations publiées, ces troubles de l'humeur coïncident ou alternent avec les manifestations de ces diathèses.

Dans certains cas elles suivent une évolution parallèle à celle des accès diathésiques. Dans d'autres elles semblent en être indépendantes. Dans d'autres enfin, elles ont la signification de véritables métastases.

La question des rapports de la cyclothymie et des diathèses est trop importante pour que quelques lignes puissent suffire à la résoudre. Nous n'avons ici voulu que l'énoncer, de façon à ne pas laisser incomplète la brève description de cette maladie constitutionnelle de l'humeur, véritable diathèse psychique, et ne pas l'isoler d'autres diathèses, auxquelles bien des fois elle a paru se lier, et dans son étiologie, et dans son évolution.

Les thrombo-phlébites blennorragiques des veines de la verge ;

Par F. JACOULET
Interne des hôpitaux de Paris.

Si la phlébite blennorragique des membres (2) est bien connue, il n'en est pas de même des phlébites des veines de la verge au cours de la blennorragie.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de thrombophlébite de la veine dorsale du pénis au cours d'une blennorragie aiguë et en nous livrant à des recherches bibliographiques sur ce sujet, nous avons été surpris de voir que cette complication était à peine mentionnée dans les ouvrages spéciaux sur la blennorragie et qu'un petit nombre d'observations avaient été publiées tant en France qu'à l'étranger.

Observation.

B.., étudiant en médecine, 22 ans.

Le 11 *mai* 1908, coït suspect et, le 15 *mai*, apparaissent les premiers symptômes d'une urétrite blennorragique typique : le malade a une sensation de brûlure dans le canal et la pression exercée sur l'urètre d'arrière en avant ramène au méat une goutte de pus.

Les jours suivants, les phénomènes locaux s'accentuent : la douleur à la miction est très vive, l'écoulement purulent très abondant.

En même temps, apparition de phénomènes généraux ; fièvre, frissons, malaise général, qui obligent le malade à garder le lit.

Le 26 *mai*, le malade ressent de vives douleurs au niveau de la racine de la verge ; à la fin de la miction, qui est toujours excessivement douloureuse, apparition de quelques gouttes de sang.

Le 28 *mai*, c'est-à-dire 18 jours après le début de l'urétrite, apparition d'un œdème de la verge, sur lequel le malade attire notre attention.

Cet œdème a débuté au prépuce, mais il a gagné progressivement la racine de la verge, il est impossible de découvrir le gland.

Cet œdème est un œdème assez mou, peu douloureux : la peau présente sa coloration normale : on ne voit pas de traînées lymphangitiques ; il n'y a pas d'adénite inguinale.

Le 29 *mai*, à la face dorsale de la verge, sur la ligne médiane et sur un trajet correspondant à celui de la veine dorsale superficielle de la verge, apparaît un cordon induré, qu'il est facile de palper à travers la peau œdématiée. Ce cordon induré, qui est évidemment constitué par la veine thrombosée, est mobile sur les plans profonds, peu douloureux. A la face inférieure de la verge où l'œdème est moins marqué, on voit des veines distendues, saillantes, mais ne donnant pas la sensation de cordon induré.

Le traitement consiste en repos au lit, pansements humides et chauds, bains de verge.

Le 30 *mai*, les mêmes symptômes persistent ; l'urétrite est toujours aussi intense, avec quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Le 31 *mai*, il se produit une amélioration notable ; l'abondance de l'écoulement est moindre, les douleurs deviennent tolérables.

L'œdème de la verge a diminué ; il s'est localisé au prépuce. Celui-ci ne peut être ramené en arrière du gland : en examinant soigneusement l'orifice préputial, on voit une petite ulcération, lenticulaire et peu profonde.

Par contre, on sent toujours un cordon induré à la face dorsale de la verge.

Les jours suivants, l'amélioration persiste.

Le 7 *juin*, il se produit une nouvelle poussée d'urétrite : l'écoulement devient plus abondant, les douleurs reparaissent.

En même temps l'œdème augmente, et s'étend à toute la verge.

A aucun moment on ne note d'adénite inguinale.

Le 10 *juin*, ces phénomènes s'amendent. L'œdème disparaît progressivement, mais il persiste encore un cordon induré médian. L'orifice préputial est toujours un peu ulcéré.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'urétrite s'améliore notablement et on peut espérer une guérison prochaine et complète.

Connaisssant le travail récent de Payenneville (1) sur les phlébites et les thrombo-phlébites blennorragiques des veines de la verge, nous avons pu porter sans peine chez notre malade le diagnostic de phlébite de la veine dorsale de la verge.

Il ne s'agissait évidemment pas d'œdème lymphangitique de la verge : l'absence de toute rougeur de la peau, l'absence de

(1) Thèse de Paris (1909) ; chez Steinheil éditeur.
(2) Zézas. — Phlébite blennorragique. *Archives générales de Chirurgie,* juillet 1909.

(1) Payenneville. — De la phlébite et de la trombo-phlébite blennorragique des veines de la verge. *Annales des Mal. des Org. génito-urinaires,* n° 8, 1908.

traînées lymphangitiques, d'adénite inguinale, militaient contre le diagnostic de lymphangite.

Au contraire, l'apparition d'un œdème blanc, peu douloureux, ayant débuté par l'extrémité de la verge, l'existence d'un cordon induré à la face dorsale de l'organe, sur le trajet de la veine dorsale, étaient des signes nettement en faveur de la phlébite.

C'est en 1836 que nous trouvons signalées par Desruelles (1) les thromboses des veines de la verge au cours de la blennorragie.

Cet auteur décrit la phlébite de la veine dorsale du pénis, signale même la phlébite des veines profondes qui peut entraîner la gangrène.

En 1877, Demarquay (2) reproduit la description de Desruelles. A propos des angioleucites et des lymphangites du pénis, il montre, avec une précision remarquable, les caractères qui permettent de différencier la lymphangite tronculaire de la phlébite de la veine dorsale.

« S'il existe un cordon volumineux sur la face dorsale « de la verge, les troncs lymphatiques étant beaucoup plus « petits que la veine, il y a lieu de supposer que c'est cette « dernière qui est affectée. En second lieu, si le cordon se « trouve exactement sur la ligne médiane, il est supposa- « ble qu'il est dû à la veine plutôt qu'à un tronc lympha- « tique, la direction de la veine étant fixe, invariable, « tandis que les troncs lymphatiques peuvent se trouver « aussi bien sur les côtés que sur la ligne médiane. Troi- « sièmement enfin, si le cordon s'enfonce au devant du pu- « bis, derrière les corps caverneux, comme les troncs lym- « phatiques se portent vers les aines en longeant le pénil, « c'est une raison de plus pour admettre qu'il est formé « par une veine ».

Les deux premiers cas de phlébite profonde des veines de la verge appartiennent à Richet et Voillemier ; en 1891 Kœhler (3) en publie une nouvelle observation et en 1900 Batut (4) apporte un cas de phlébite des corps caverneux avec gangrène consécutive.

En 1905, Voss (5) publie un cas de thrombo-phlébite de la veine dorsale du pénis avec examen anatomo-pathologique.

Tout récemment, Payenneville insiste sur cette complication qui pour lui est fréquente, mais presque toujours est confondue avec la lymphangite tronculaire : il rapporte trois observations inédites.

Quant aux ouvrages spéciaux sur la blennorragie et ses complications, de Guiard (6), Jullien, Jadassohn, ils ne contiennent à peu près aucun document sur les thrombophlébites des veines de la verge au cours de la blennorragie.

Anatomie pathologique.

Les lésions diffèrent d'une façon considérable suivant que la thrombose atteint les veines superficielles ou profondes.

Thrombose profonde. — Dans cette variété, il est à remarquer que la thrombose des veines caverneuses s'accompagne d'autres lésions veineuses.

A l'autopsie de leurs malades, Richet et Voillemier trouvent les veines caverneuses oblitérées par des caillots ; ceux-ci se propagent dans les plexus vésicaux et prostatiques.

(1) Desruelles. — Traité des maladies vénériennes, p. 512, 1836.
(2) Demarquay. — Maladies chirurgicales du pénis ; p. 178, Paris, 1877.
(3) Kœhler. — *Centralblatt f. Chir*, n° 13, p. 270, 1891.
(4) Batut. — *Lyon médical.* n° 17, 1900.
(5) Voss — *Dermatologische Zeitschrift*, p. 83, 1905, Berlin.
(6) Guiard. — Complications de la blennorragie, Paris, 1898.

Chez le malade de Kœhler, on trouve un abcès de la prostate avec phlébite des plexus péri-prostatiques ; la thrombose a gagné les veines du pénis et les veines honteuses.

Les corps caverneux, augmentés de volume, épaissis, contiennent un sang noir, poisseux, mêlé de caillots rougeâtres et présentant des stries purulentes.

Ce sont ces mêmes lésions qu'a observées Tédenat (1) au cours de l'intervention qu'il pratiqua avec succès chez son malade.

Signalons, à côté de ces lésions locales, des manifestations phlébitiques à distance, atteignant la saphène, les veines tibiales postérieures (Batut).

En somme, ce qu'on observe dans la thrombose blennorragique des veines profondes de la verge, ce sont des lésions de phlébite septique, de phlébite suppurée.

Nous n'insisterons pas sur les manifestations gangréneuses, conséquences de l'oblitération veineuse : et de l'infection microbienne, elles seront étudiées à propos de la symptomatologie.

Thrombose superficielle. — Les lésions anatomo-pathologiques ne sont que très imparfaitement connues, étant donnée la bénignité de l'affection et l'impossibilité où l'on se trouve de pratiquer la biopsie.

Celle-ci a pu être faite dans le cas de Voss et nous résumerons les constatations microscopiques de cet auteur ; elles sont intéressantes au point de vue pathogénique.

La pièce cylindrique excisée par Voss a été durcie dans la formaline et l'alcool, incluse dans la paraffine et colorée à l'hématoxyline-éosine et à l'hématoxyline Van Gieson.

Ses dimensions sont d'un centimètre et demi en longueur, de cinq millimètres en largeur ; la coupe présente une forme ovoïde.

Microscopiquement, on voit que la bride excisée renferme tout un petit faisceau de vaisseaux ; ces vaisseaux sont plongés, superficiellement, dans du tissu conjonctif dense et infiltré de petites cellules, profondément, dans du tissu conjonctif spongieux.

A la partie superficielle de la coupe, on voit trois vaisseaux thrombosés, très rapprochés les uns des autres et, leur structure histologique ne permet pas de douter qu'il s'agisse bien de veines.

Tout autour de ces vaisseaux veineux, on constate une infiltration très dense, à petites cellules, du tissu conjonctif ; cette infiltration atteint son maximum d'intensité au niveau de la tunique externe des vaisseaux ; en outre, elle fait effraction à travers la paroi vasculaire, en en dissociant ou en en détruisant les éléments, les fibres élastiques en particulier.

La *thrombose vasculaire* proprement dite se présente sous différents aspects.

Dans les deux veines qui occupent la partie superficielle de la coupe, on voit un caillot thrombosique, mais il ne remplit pas complètement la lumière du vaisseau.

Ce caillot est constitué par un noyau leucocytaire particulièrement net ; il est entouré d'un réseau fibrineux traversé par des érythrocytes et quelques leucocytes.

Dans la veine qui occupe la partie profonde de la coupe, le caillot, complètement organisé, remplit toute la lumière du vaisseau ; il présente un réseau de tissu conjonctif délicat, de nouvelle formation et au milieu de ce réseau on voit des leucocytes peu abondants et des cellules épithéliales dont le noyau affecte une forme vésiculaire et prend mal les colorants.

Les *parois veineuses* présentent des modifications nota-

(1) Tédenat et Martin. — Inflammations gangréneuses du pénis. *Arch. générales de Chir.*, août 1909.

bles dans leur structure : l'infiltration micro-cellulaire a envahi la paroi et a dissocié les éléments élastiques et musculaires ; en certains points il est impossible de retrouver trace de la paroi vasculaire.

Dans la partie périphérique des coupes, on voit des vaisseaux artériels et veineux qui ne présentent aucune modification ; à ce niveau il n'existe pas de lésions du tissu conjonctif.

Ajoutons enfin que, malgré de nombreuses préparations, Voss n'a pu déceler le gonocoque ni dans les thrombus, ni dans les infiltrats péri-vasculaires.

Pathogénie.

Il est difficile de préciser le mécanisme des oblitérations thrombosiques des veines de la verge au cours de la blennorragie, étant donné le petit nombre d'observations et l'absence presque complète de documents anatomo-pathologiques.

Le mécanisme de la thrombose ne semble pas être le même dans les phlébites profondes et dans les phlébites superficielles.

I. — *Thrombose profonde.* — On peut envisager deux hypothèses :

1° L'infection part de la muqueuse urétrale et gagne directement les corps caverneux. Ce mode d'infection, très simple, ne semble pas confirmé par la lecture des observations. Comme le remarque justement Batut, à propos de son malade, il ne s'agit vraisemblablement pas d'une lésion de voisinage, puisque dans son cas, l'urétrite n'avait pas effleuré les corps caverneux depuis les dix-huit mois écoulés à partir de l'infection.

2° Si nous étudions les observations récentes, dans lesquelles l'examen anatomo-pathologique a été pratiqué, nous voyons que la thrombose caverneuse et sa conséquence, la gangrène, ne sont survenues que secondairement, à la suite d'autres manifestations phlébitiques.

Dans le cas de Batut, il se produisit une phlébite blennorragique de la saphène et des veines tibiales postérieures, puis secondairement une phlébite des veines caverneuses.

Dans les cas de Kœlher et Tédenat, nous voyons que la phlébite caverneuse et la gangrène qui en fut la conséquence ne survinrent qu'à la suite d'un abcès de la prostate.

Dans ces trois observations, on est donc obligé d'admettre que la phlébite des corps caverneux s'est produite *par le mécanisme de la thrombose rétrograde*.

C'est du reste l'opinion des auteurs : Batut conclut à une embolie gonococcienne des veines des corps caverneux, avec sphacèle secondaire de ces derniers, du gland et de l'urètre. Kœhler, d'après les constatations faites à l'autopsie, conclut également à une phlébite péri-prostatique ayant secondairement entraîné la thrombose des veines afférentes, c'est-à-dire des veines du pénis, d'où gangrène de la verge.

Dans le cas de Tédenat, qui présente bien des analogies avec celui de Kœhler, les constatations faites lors de l'intervention chirurgicale semblent bien en faveur d'une phlébite péri-prostatique avec thrombose rétrograde atteignant les veines du pénis.

C'est donc ce mécanisme de la thrombose rétrograde que, jusqu'à plus ample informé, nous devons admettre en ce qui concerne les thromboses profondes du pénis.

II. — *Thrombose superficielle.* — Ici encore il y a lieu d'envisager deux hypothèses :

1° Le gonocoque, primitivement localisé à la muqueuse urétrale, envahit le système capillaire sous-muqueux et de là gagne les veines superficielles du pénis.

Cette première hypothèse est très vraisemblable, mais il nous est impossible d'en donner une démonstration directe ; on sait du reste que la présence du gonocoque dans le sang est exceptionnelle et que l'hémoculture est en général négative. Chez un de ses malades, Payenneville fit un prélèvement de sang dans une veine voisine de la verge enflammée ; l'examen direct et la culture furent négatifs.

Faisons remarquer néanmoins qu'il serait inopportun de tirer des conclusions de ce seul examen, étant données les difficultés que l'on éprouve à cultiver le gonocoque.

2° La deuxième hypothèse relativement à la pathogénie des thrombo-phlébites superficielles est basée sur les constatations anatomo-pathologiques faites par Voss.

La thrombo-phlébite blennorragique des veines du pénis prend naissance par la continuation directe de l'inflammation sur les voies lymphatiques jusqu'aux parois vasculaires. L'infiltration atteint successivement les lymphatiques, puis la paroi veineuse dans sa totalité, déterminant une endophlébite avec thrombose consécutive.

En d'autres termes, on peut résumer la deuxième hypothèse en disant : *lymphangite primitive péri-vasculaire et thrombo-phlébite consécutive.*

Comme le remarque Voss, il est certain que la blennorragie, dans ses complications, a plus d'affinité pour les vaisseaux sanguins que pour les vaisseaux lymphatiques : « Que l'on pense, par exemple, combien il est rare de trouver, même dans la blennorragie aiguë, la concomitance du ganglion inguinal voisin ».

Symptomatologie.

Suivant que la thrombose atteint les veines superficielles ou les veines profondes, la symptomatologie varie considérablement.

1. *Thrombose profonde.* — Elle survient chez des malades en proie à une infection gonococcique généralisée ou bien chez des malades présentant un foyer de suppuration pelvienne d'origine blennorragique.

Le malade de Batut avait présenté une arthrite blennorragique, puis une phlébite de la saphène et des veines tibiales postérieures ; les malades de Köhler, de Tédenat (1), présentaient un abcès de la prostate.

C'est dans ces conditions que survint la thrombose du corps caverneux, vraisemblablement par le mécanisme de la thrombose rétrograde.

Les premiers symptômes consistent dans l'apparition de vives douleurs au niveau de la verge avec irradiations dans la région périnéale (Kœhler).

Rapidement la verge devient énorme, tuméfiée : cette augmentation de volume tient d'une part à l'œdème des tissus lâches superficiels, d'autre part à la tuméfaction des corps caverneux.

La cavernite peut évoluer progressivement, sans participation du corps spongieux : le gland flasque et mou contraste alors avec la rigidité des corps caverneux (Richet). L'érection persistante et douloureuse est la conséquence de la phlébite caverneuse (Voillemier)

Rapidement, l'*oblitération des veines profondes de la verge est suivie de phénomènes de gangrène.*

La gangrène peut être *totale* et intéresser non seulement le pénis, mais encore le périnée : sur la verge ap-

(1) Tédenat et Martin. — *Archives générales de chirurgie*, n° 1909.

paraissent des plaques livides, puis sphacéliques. Un sillon d'élimination apparaît et les parties gangrenées s'éliminent. Il en résulte une vaste perte de substance, à aspect légèrement diphtéroïde, dont les bords bourgeonnent lentement

La cicatrisation entraîne des rétractions considérables.

Plus souvent, la gangrène n'est que *partielle* : chez le malade de Tédenat, tout se borna à l'élimination des corps caverneux qu'on sentait, après guérison, atrophiés et irrégulièrement noduleux. Chez le malade de Batut, le sphacèle fit tomber le tiers postérieur du gland, le frein, la partie antérieure du canal de l'urètre sur une longueur de 4 à 5 centimètres. En résumé, ce qui caractérise surtout la phlébite blennorragique des veines profondes, c'est la gangrène consécutive.

Ajoutons qu'elle s'accompagne de phénomènes généraux graves : la température et le pouls s'élèvent parallèlement ; le facies est terreux, la langue rôtie ; bref, tous les signes de septicémie grave.

II. *Thrombose superficielle.* — La thrombose peut atteindre les différentes veines superficielles du pénis ; malgré le petit nombre d'observations publiées, il est possible de faire une description de l'affection, l'oblitération veineuse déterminant au niveau de la verge des symptômes traduisant la gêne mécanique circulatoire. Nous décrirons d'abord la thrombose de la veine dorsale.

La *douleur* peut être le premier symptôme, comme chez notre malade. Plus souvent, les premiers signes consistent dans l'apparition de l'œdème et d'un cordon induré à la face dorsale de la verge.

L'*œdème* qui résulte évidemment d'un trouble dans la circulation veineuse en retour débute par l'extrémité de la verge : le prépuce devient volumineux, les mailles du tissu cellulaire sont infiltrées et le malade ne peut ramener le prépuce en arrière du gland.

Rapidement l'œdème s'étend et envahit la totalité de la verge, qui augmente considérablement de volume.

Tantôt il s'agit d'un œdème blanc, mou, indolent, comme chez notre malade, tantôt l'œdème est rosé, douloureux, revêtant par conséquent les caractères de l'œdème inflammatoire (Voss). Il y a là une analogie complète avec ce qui se passe dans la phlegmatia alba dolens du membre inférieur, où ces deux variétés d'œdème s'observent.

L'*apparition d'un cordon induré* à la face dorsale de la verge est presque contemporaine de l'apparition de l'œdème ; il ne s'écoule jamais un laps de temps bien considérable entre ces deux symptômes qui sont étroitement liés l'un à l'autre.

Le cordon induré formé par la veine thrombosée est situé sur la ligne médiane ; il s'enfonce au-devant du pubis au-dessus des corps caverneux (Demarquay).

Sa longueur est très variable : deux centimètres dans le cas de Voss. Son volume ne dépasse pas celui d'une plume d'oie.

Plus ou moins douloureux suivant les cas, le cordon est facilement palpable, même à travers la peau œdématiée. Il est mobile sur les plans superficiels, mobile sur les plans profonds (Payenneville). Néanmoins, comme le remarque Demarquay, la paroi inférieure de la veine sera difficile à palper puisqu'elle repose sur le dos d'âne formé par les corps caverneux.

Tout autour de la veine thrombosée existe une zone d'empâtement, parfois très large (Voss), ce qui s'explique facilement si on admet, avec Voss, l'existence d'une lymphangite péri-vasculaire.

Le dernier symptôme observé est le *développement de la circulation veineuse collatérale*, conséquence naturelle de l'oblitération d'un tronc veineux. Les veines de la verge sont dilatées, saillantes sous la peau « comme injectées au suif dans une préparation anatomique » (Payenneville).

En résumé, œdème de la verge débutant par le prépuce, cordon induré dorsal et médian, dilatation des autres veines, tels sont les symptômes de la thrombophlébite blennorragique de la veine dorsale du pénis.

Dans une des observations de Payenneville, les symptômes se présentaient avec des caractères un peu spéciaux, étant donnée la localisation de la thrombose au niveau d'une des veinules qui longent le frein.

Au lieu d'un cordon induré, on sentait un petit nodule, gros comme un grain de plomb, roulant sous le doigt et reposant sur une large plaque d'induration. L'œdème était peu marqué, mais les douleurs locales très vives et la circulation collatérale très développée.

Signalons enfin que, chez notre malade, il y a eu une tendance à l'évolution par poussées, ébauche de ce que l'on pourrait appeler *thrombo-phlébite oscillante*.

Evolution et pronostic

Il est facile de prévoir que l'évolution sera bien différente suivant qu'il s'agit d'oblitération des veines profondes ou superficielles de la verge.

I. *Dans la thrombose des veines caverneuses*, nous voyons les lésions évoluer vers la gangrène et ses conséquences. C'est dans ces cas qu'il faut porter un pronostic sombre.

Au point de vue vital, sur cinq malades, trois sont morts, d'infection purulente, de septicémie (Richet, Voillemier, Kœhler). Cette mortalité élevée s'explique par ce fait que les malades sont en proie à une véritable septicémie : les lésions trouvées à l'autopsie sont celles des phlébites suppurées.

Au point de vue fonctionnel, le pronostic reste également sévère. L'élimination des parties gangrenées entraîne une cicatrisation vicieuse avec altérations profondes des différents tissus du pénis.

Dans le cas de Batut, la cicatrisation des lésions a déterminé l'induration des corps caverneux, l'inflexion du gland à sa base, la sténose cicatricielle du nouveau méat. Ces lésions ont nécessité plusieurs interventions plastiques.

Dans le cas de Tédenat, opéré cependant d'une façon précoce, nous voyons l'œdème de la racine de la verge et du prépuce persister ; les corps caverneux sont atrophiés et le malade n'a que de vagues et imparfaites érections avec déviation de la verge : le coït est à peu près impossible.

II. Plus bénin est le pronostic *dans les thromboses superficielles* ; ici il ne s'agit plus d'une phlébite suppurée, mais d'une phlébite oblitérante, d'une phlegmatia alba dolens.

Tous les malades ont guéri dans un laps de temps variant de 4 à 6 semaines. Mais, comme dans les phlébites des membres, on peut observer un certain nombre de complications que nous allons passer en revue.

1° La *mort subite*, citée plusieurs fois comme terminaison de la phlébite des veines péri-prostatiques, peut aussi se rencontrer dans la phlébite des veines dorsales (Payenneville); le fait est évidemment possible, mais n'a jamais été observé.

2° L'*abcès phlébitique* semble bien avoir été observé par Gouriet ; cet auteur relate une observation d'abcès de la verge survenu au cours d'une blennorragie, et sa description semble en faveur d'un abcès phlébitique d'une

des veinules qui longent le frein. Cette complication n'aurait pas du reste une bien grande gravité (1).

3° La *gangrène superficielle* n'a jamais été observée. Le malade dont nous avons rapporté l'observation a bien présenté une petite ulcération au niveau de l'orifice préputial ; il s'agit là, croyons-nous d'une érosion banale.

En somme, le pronostic de cette variété de phlébite de la verge est bon. Mais ici, comme dans la phlébite des membres, il nous faut signaler des séquelles.

L'œdème chronique de la verge ne persiste guère au-delà d'un mois, six semaines. Il en est de même pour la circulation collatérale.

Mais nous voudrions insister sur la persistance du cordon induré ; le caillot thrombosique oblitérant la veine dorsale peut se transformer en un noyau ou un cordon fibreux.

Un certain nombre d'observations d'induration plastique des corps caverneux ne sont peut-être, en dernière analyse, que de vieilles thrombo-phlébites dorsales sclérosées, indurées. Les auteurs parlent de « brides de forme cylindrique, occupant l'axe du pénis, s'enfonçant en coin vers le pubis, indolores, indépendantes de l'urètre et des corps caverneux ». Cette description de Waelsch (2), de Neumark (3) nous semble singulièrement ressembler à une thrombo-phlébite ancienne. La cause de ces indurations, dit Waelsch, est peu connue ; on l'attribue, dit-il, à un écoulement urétral. Nous ajouterons : indirectement, par l'intermédiaire de la phlébite.

Du reste, dès 1847, Ricord (4) avait avancé que ces tumeurs étaient dues à une phlébite plastique.

Diagnostic

I. *Thrombose profonde.* — Nous avons vu que la thrombose des veines caverneuses entraînait la gangrène de tout ou partie de la verge. Généralement, les malades ne sont vus qu'à cette période et c'est donc le diagnostic de la cause de la gangrène qu'on doit poser.

Si la gangrène par oblitération artérielle n'est pas douteuse, il n'en est pas de même pour la gangrène par oblitération veineuse ; celle-ci n'est pas admise par Tédenat et Martin.

Il semble exagéré de méconnaître l'existence d'une gangrène par thrombose veineuse. En ne considérant que les observations récentes de Batut, Kœhler et Tédenat, il semble hors de doute que l'oblitération des veines du pénis puisse entraîner le sphacèle, les symptômes d'infection veineuse, l'existence d'autres thromboses au niveau des membres (Batut) ou des viscères (Kœhler), les constatations faites soit lors de l'intervention, soit de l'autopsie, légitiment cette manière de voir.

On fera facilement le diagnostic avec *la gangrène au cours de l'infiltration d'urine*, avec les gangrènes survenant *au cours de maladies générales infectieuses* (typhoïde, variole, grippe, etc.) ou au cours du diabète, du paludisme. De même, il sera facile d'éliminer les gangrènes *par traumatisme, paraphimosis* et enfin la *gangrène foudroyante spontanée* (5).

Le diagnostic le plus difficile est de savoir, lorsqu'à l'origine des accidents se trouve un foyer prostatique (Kœhler, Tédenat), si la gangrène pénienne reconnaît pour cause la propagation directe de l'infection ou bien l'oblitération veineuse par thrombo-phlébite rétrograde.

Le diagnostic n'a, du reste, qu'une importance relative, puisque dans tous les cas la thérapeutique vise au même résultat.

II. *Thrombose superficielle.* — Plus intéressant est le diagnostic des phlébites superficielles.

Lorsque chez un individu atteint de blennorragie aiguë, on voit survenir, au bout de quelques jours, un œdème de la verge, s'étendant d'avant en arrière, lorsque cet œdème s'accompagne de dilatation des veines sous-cutanées et qu'à la face dorsale de l'organe, on sent un cordon induré, douloureux, roulant sous le doigt, lorsque l'adénite inguinale est nulle ou légère, on doit penser à la thrombo-phlébite blennorragique de la dorsale de la verge.

Mais il s'en faut que les symptômes soient toujours aussi évidents.

Deux diagnostics doivent être discutés.

1° *Œdème préputial dû à la balano-posthite.* — Dans ce cas, l'œdème reste localisé au prépuce et n'a pas de tendance à progresser en arrière. La muqueuse balano-préputiale est rouge, tuméfiée, douloureuse, souvent ulcérée. Il n'y a pas de cordon induré, ni de circulation collatérale.

2° *Lymphangite blennorragique.* — C'est certainement le diagnostic le plus difficile et, comme le remarque Voss, c'est le premier diagnostic auquel on se rattache.

Néanmoins on peut arriver à différencier phlébite et lymphangite.

Dans la lymphangite, on sent généralement plusieurs cordons indurés, moniliformes, se portant d'avant en arrière ; l'adénite inguinale développée au niveau du groupe supéro-interne des ganglions du triangle de Scarpa est constante, souvent considérable et on peut sentir le cordon lymphangitique aboutissant à l'un de ces ganglions.

Dans la lymphangite, l'œdème est moins marqué, il a une coloration rosée ; enfin il n'y a pas de circulation veineuse collatérale.

Ces éléments de diagnostic peuvent cependant être insuffisants. Dans l'observation de Voss, où l'examen anatomo-pathologique montra qu'il s'agissait bien d'une thrombo-phlébite, le diagnostic clinique de lymphangite semblait logique.

Si on admet la théorie pathogénique indiquée par Voss, on conçoit que la coexistence de phlébite et de lymphangite soit fréquente et que par suite le diagnostic est impossible.

Nous avons vu que la thrombo-phlébite pouvait atteindre les veinules qui longent le frein, et dans l'observation de Payenneville les lésions se présentaient sous forme d'un nodule situé au niveau d'un coude veineux ; on voyait, dit l'auteur, le caillot par transparence, la peau étant très mince à ce niveau. Ce nodule reposait sur une base indurée.

Dans de tels cas le diagnostic présente des difficultés considérables.

On pense à *un chancre nain syphilitique*, diagnostic qui fut écarté en se basant sur l'absence de tendance à l'ulcération, l'absence d'adénopathie et l'évolution des accidents.

Les *folliculites et les canaliculites para-urétrales* constituent une cause d'œdème du pénis au cours de la blennorragie. M. Porosz a insisté sur ce point.

Ces lésions se caractérisent par un œdème douloureux du prépuce et de l'extrémité de la verge ; en même temps qu'on sent sur une des faces latérales du frein une nodosité douloureuse, entourée d'une zone inflammatoire. Ces

(1) Gouriet. — *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 194.
(2) Waelsch. — *Munchen med. Wochens*, 1906, n° 41.
(3) Neumarck. — *Berl. klin. Wochensch.*, 1906, n° 46.
(4) Ricord. — *Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 270.
(5) Merle. — Gangrène de la verge. *Annales des maladies vénériennes*, n° 3, 1909.

caractères peuvent en imposer pour un noyau ou même un abcès phlébitique.

L'évolution ultérieure, l'ouverture de l'abcès qui communique avec l'urètre permettent de faire le diagnostic.

Nous ne saurions mieux terminer ce chapitre de diagnostic qu'en répétant l'opinion de Voss et Payenneville.

« Dans beaucoup de cas de blennorragie où il se présente de soi-disant brides lymphangitiques du pénis, il s'agit de lésions des vaisseaux sanguins ; toute une série de lymphangites blennorragiques sont nettement des phlébites et particulièrement des thrombo-phlébites » (Voss).

Payenneville conclut dans le même sens :

« Très souvent, ce que l'on appelle lymphangite dorsale n'est autre chose qu'une phlébite ou une trombo-phlébite des veines dorsales. »

Traitement

Le traitement nous arrêtera peu.

Dans le cas de thrombose profonde, on pratiquera de bonne heure l'incision des corps caverneux. Cette incision doit intéresser le segment pénien et le segment périnéal de ces organes.

Lorsqu'on aura affaire à des lésions gangréneuses, on favorisera l'élimination des parties sphacélées et on hâtera la cicatrisation des lésions. Tardivement on pratiquera différentes opérations plastiques.

Dans le cas de thrombose superficielle, le traitement consistera en bains de verge, en pansements humides chauds et répétés ; on obtiendra ainsi la sédation des phénomènes douloureux et la diminution de l'œdème.

En aucun cas, le traitement chirurgical n'est indiqué ; s'il a été pratiqué par Voss, c'est sur les instances du malade ; nous voyons du reste qu'il s'est formé consécutivement un hématome et que la plaie désunie ne s'est cicatrisée que par seconde intention.

Le traitement habituel de l'urétrite blennorragique sera, bien entendu, institué dès le début de l'affection.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les accouchements par l'Assistance publique.

Sans doute, on a perçu le cri d'alarme échappé dernièrement au sujet de « l'accroissement extraordinaire des « accouchements aux frais de l'Assistance publique de « Paris » (1). En principe, on a raison de tenir en éveil l'attention des Praticiens sur les dangers qui les menacent de toutes parts dans notre société craquelante. Il est d'ailleurs parfaitement exact qu'en 1908 l'Assistance publique de Paris a présidé à la naissance de plus de 30.000 enfants (exactement 34.270), et qu'ainsi plus de 60 % des accouchements de la capitale se font *gratis pro Deo*. Mais il faut savoir interpréter les chiffres si nous ne voulons pas, par une méfiance prudente *e principio*, mais injustifiée dans l'espèce, nous persuader que les parturientes aisées, vont de plus en plus se faire « évacuer » dans les hôpitaux.

***

En effet, prenons la peine d'analyser les renseignements officiels suivants (2) :

(1) *La Clinique infantile*, 1er déc. 1909.

(2) Statistique des accouchements faits par l'Assistance publique. (*Compte rendu moral et administratif de l'exercice* 1908.)

ANNÉES	NOMBRE DES ACCOUCHEMENTS dans les hôpitaux	chez les sages-fem. agréées	chez les sages-fem. des bur. de bienfaisance	Total des. accouchem. faits par l'As. publique	NOMBRE des accouchem faits à Paris	PROPORTION pour 100 des accouc. faits par l'Assistance publique
1887	7 349	7.894	11.417	26.660	65.141	40 92
....	....	....	....	....	....	....
1897	15.471	5.334	12.056	32.861	64.522	50 92
1898	16.295	5.438	11.886	33.619	64.751	51 92
1899	16.294	5.960	11.927	34.181	63.934	53 46
1900	16.251	6.610	12.217	35.078	65.176	53 82
1901	16.363	7.094	11.713	35.170	66.129	53 18
1902	16.228	7.262	11.208	34.698	65.042	53 34
1903	16.276	7.997	10.237	34.510	63.968	53 94
1904	15.960	9.160	9.831	34 951	63.451	55 08
1905	15.249	9.433	8.955	33.617	60.958	55 14
1906	15.216	9.864	8.470	33.550	61.312	54 72
1907	15.797	10.280	7.963	38.968	60.793	55 96
1908	15.556	11.054	7.660	34.270	56.643	62 71

Ce tableau comparatif nous montre que les accouchements *dans les hôpitaux* sont, pour 1908, en légère diminution sur 1907, avec un écart plus appréciable encore, si l'on compare les cinq dernières années aux six années précédentes, de 1898 à 1904 inclus.

Et s'il est vrai que le chiffre total des accouchements gratuits faits par l'Assistance publique est supérieur en 1908 sur ce qu'il était en 1907, ce total est inférieur à ceux des années 1900, 1901, 1902, 1903, 1904.

Sans doute, le nombre total des accouchements faits dans Paris diminue progressivement, pour augmenter d'autant le pourcentage des accouchements gratuits, mais ces conséquences sont liées à une cause générale : la diminution de la natalité en France ; et comme le bon bourgeois ventru se désintéresse de plus en plus du repeuplement de la France pour s'en rapporter au « travailleur » du soin de « travailler », on conçoit très bien que l'Assistance publique, alma Mater, devienne l'insatiable accoucheuse d'un nombre considérable d'enfants.



Et comment pourrait-elle faire autrement ? Les accouchées sont comprises parmi les malades d'urgence, et la Commission (1) instituée sur l'initiative du Directeur général de l'Assistance publique pour rechercher les moyens d'éviter l'admission des malades fortunés dans

(1) Commission instituée par arrêté du 26 déc. 1908, et composée de MM :

Bompard, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, président ;

Le directeur de l'administration ;

Le docteur Le Noir, délégué des médecins des hôpitaux ;

Le docteur Guinard, délégué des chirurgiens des hôpitaux ;

Le docteur Cayla, délégué du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement ;

Le docteur Dalché, directeur du Syndicat médical de Paris ;

Le docteur Billon, délégué de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris :

Le docteur Tourtourat, délégué du Syndicat des médecins de la Seine ;

Gory, inspecteur principal ;

Marot, chef du service des hôpitaux et hospices ;

Aubert, sous-chef de bureau du personnel (personnel médical et pharmaceutique) ;

Roger, directeur de la Pitié ;

M. Baucheron, rédacteur principal du service des hôpitaux et hospices, remplira les fonctions de secrétaire.

les hôpitaux, l'a elle-même reconnue en ces termes (1) :

Malades dits d'urgence. — *Blessés.* — Leur admission ne doit être faite qu'en cas d'urgence absolue.

La déclaration sera, si possible, exigée d'eux ou de leurs répondants.

Accouchées. — Etant assimilées aux malades d'urgence, comme, d'autre part, l'administration est tenue au secret, l'admission se fait de droit.

D'autre part, malgré l'attrait que peut avoir l'hôpital pour certains malades riches et sans scrupule, on peut admettre que les Princesses au sang bleu hésitent encore à montrer leur derrière à toute la jeunesse des services obstétricaux ; et chez les sages-femmes agréées par l'Assistance publique, l'œil indiscret du médecin de l'état-civil découvre surtout des domestiques, des mineures, et, par-ci, par-là, une petite bourgeoise en instance de divorce qui tient à se soustraire au flagrant délit.

De sorte qu'en définitive, on ne saurait, à l'heure actuelle, conclure à l'admission par l'Assistance publique des « accouchées aisées », cela d'autant moins que les accouchements à domicile se font, grâce au nombre d'ailleurs exagéré, de sages-femmes, aux prix les plus modérés.

Cornet.

PRATIQUE MÉDICALE

Echelle métrique et thermométrique pour l'application graduée de la douche d'air chaud ;

Par le Dr Miramond de Laroquette,
Médecin-major à Nancy.

Au cours de recherches poursuivies sur le mode d'action physiologique de la douche d'air chaud (2), et pendant l'application de cet agent au traitement de diverses lésions, j'ai constamment senti la nécessité et la difficulté de préciser l'intensité thermique et mécanique du jet d'air lancé sur les tissus.

Cette question de mesure et de graduation dans l'application de la douche d'air chaud a été en effet jusqu'ici un des points faibles de la méthode, et c'est pourquoi les Prof. Landouzy et Bergonié demandaient, au dernier congrès de Physiothérapie (3), que l'on s'attachât le plus possible à posologuer cette thérapeutique par l'air chaud, thérapeutique incontestablement efficace, mais encore un peu empirique.

Pour répondre à cet important desideratum, il fallait être pourvu d'un instrument de mesure qui permît de contrôler à tout instant la température et la pression de l'air chaud, non seulement à la sortie de l'appareil, mais aussi, et même surtout, à son arrivée au contact des tissus, c'est-à-dire après un certain parcours à l'air libre.

— Au point de vue thermique, le problème n'était pas très difficile à résoudre ; cependant je ne sache pas que rien jusqu'ici ait été fait dans cet ordre d'idées. L'instrument que je décrirai plus loin apporte je crois à la question une solution suffisante.

— Au point de vue mécanique, le problème est infiniment plus compliqué. Du moins, il est possible par un moyen détourné de s'approcher du but cherché, d'obtenir une graduation et une mesure relatives de l'énergie mécanique appliquée avec la douche d'air chaud. Voici les données sur lesquelles je me suis basé pour tenter d'y parvenir :

— L'expérience montre que le jet d'air chaud sortant d'un appareil se comporte au dehors sensiblement comme le projectile d'une arme à feu, avec toutefois cette différence que le jet est continu, et que la colonne d'air propulsée tend à se diffuser dans l'air ambiant.

D'autre part, dans le calcul de la force vive de la colonne d'air, suivant la formule mv^2, la masse de l'air projeté apparaît, au point de vue balistique, comme relativement minime ; il en résulte que la vitesse joue nécessairement ici, et de beaucoup, le rôle principal.

Cette vitesse peut être assez facilement mesurée avec un anémomètre, ou encore et plus simplement, comme je l'ai fait moi-même avec un chronomètre, la flamme d'une bougie placée successivement à diverses distances, et des écrans interposés entre cette flamme et l'orifice de sortie de l'appareil. Il est aussi avantageux pour cette étude de rendre visible le jet d'air chaud en faisant aspirer par le ventilateur une fumée opaque ou colorée, on peut ainsi suivre du regard le jet d'air dans son parcours dans l'atmosphère.

A une certaine distance qui représente « la portée » maximum de l'appareil, le jet d'air chaud est arrêté. Cette portée dépend naturellement de la vitesse initiale et par conséquent de la puissance de l'appareil, de la vitesse de rotation du ventilateur. Avec mon appareil, par exemple, et pour une vitesse modérée du ventilateur, la portée est d'environ 1 mètre de longueur.

D'autre part, quelles que soient la vitesse initiale et la force du jet d'air chaud, on constate que la vitesse de ce jet, et par conséquent sa force vive, décroissent suivant une courbe qui rappelle celle des vitesses restantes des projectiles d'armes à feu. En effet, de même que pour les projectiles, la vitesse du jet d'air chaud baisse très rapidement aussitôt après sa sortie da l'appareil, et l'on constate ainsi que, dans le premier quart de sa portée, le jet d'air chaud perd environ les 3/4 de sa vitesse initiale.

De plus, la colonne d'air chaud populsée ne conserve sa forme régulièrement cylindrique que dans un court espace du trajet 1/5 ou 1/4. Elle perd ensuite ses limites et se diffuse de plus en plus dans l'atmosphère.

De ces faits on peut déduire une première conclusion pratique : c'est que si l'on recherche les effets mécaniques, et il y a toujours intérêt à le faire, la zone d'application de la douche d'air ne doit pas dépasser le premier quart de la portée totale, soit par exemple, pour mon appareil, 20 à 25 cm. En second lieu, il résulte de ces données qu'en appliquant la douche d'air chaud dans cette zone, à des distances variables et exactement mesurées, on obtient une graduation facile des effets mécaniques, et une mesure approximative de l'énergie ainsi appliquée sur les tissus.

Pour appliquer ces données qui, sans avoir une précision rigoureusement mathématique, sont cependant réelles et utilisables, j'ai fait construire par M. Malaquin une échelle métrique et thermométrique qui permet de préciser, à des distances variables, exactement la température, et relativement l'énergie mécanique de la douche d'air chaud.

Cette échelle se compose d'un tube que l'on adapte au tuyau de sortie de l'appareil, ou bien au tube flexible servant à conduire l'air chaud sur les tissus. Sur ce tube se déplace horizontalement et parallèlement à lui une règle métallique graduée en centimètres et dont le mouvement est commandé à la main par une roue dentée. Au-devant de cette règle est disposé un thermomètre gradué de 0 à 150°, qui est coudé, et dont l'ampoule peut être à volonté placée ou non en regard de l'orifice de sortie du tube.

Un manche isolant permet de manipuler aisément cet instrument et de le fixer au tuyau de l'appareil ou au tube intermédiaire et de l'enlever suivant les besoins.

Grâce à ce dispositif, on peut à tout moment contrôler la température de la colonne d'air chaud aussi bien à sa sortie de l'appareil qu'à son arrivée au contact des tissus, à condition, toutefois, que la distance d'application de la douche ne dépasse pas la longueur de la règle. D'une manière générale d'ailleurs, il est suffisant de donner à cette règle une longueur de 15 cm., car il n'y a pas intérêt à appliquer la douche à une plus grande distance. D'autre part, l'extrémité antérieure de la règle mise

(1) Rapport de M. le Dr Cayla, adopté par la Commission. M Tourtourat a fait précéder sa signature de la mention suivante : *Avec la réserve que pour les accouchées (qui en nombre élevé ne réclament pas le secret) l'admission doit être réglée par* les mêmes *règles réclamées plus haut pour l'admission des nécessiteux.*

(2) Soc. de Médec. de Nancy, mai 1909.

(3) Paris, avril 1909.

en contact avec la région traitée sert de limite et de point de repère dans l'application de la douche d'air chaud. Si cette extrémité est au niveau même de l'orifice du tube, le jet d'air chaud reçu par la région malade a toute la force qui lui est donnée par l'appareil. Si au contraire, la règle a été en avant, déplacée de toute sa longueur, l'intensité du jet est réduite environ de moitié. Si la règle est seulement à mi-chemin de sa course, l'intensité du jet est réduite d'1/4. Enfin la graduation de la règle permet toutes les intensités intermédiaires entre 1/2 et 1.

On a ainsi par l'adjonction de cet instrument à mon appareil deux moyens au lieu d'un de varier avec précision l'énergie mécanique employée : 1° la vitesse de rotation du ventilateur qui est, comme on sait, réglée par une vis à pression, et 2° la distance d'application de la douche indiquée par la règle centimétrique.

De même on a aussi deux moyens de graduer la température de la douche d'air chaud : la hauteur de la flamme sous le corps de chauffe et la distance d'application du jet par rapport aux tissus ; car il va de soi qu'en modifiant la distance d'application, on ne modifie pas seulement l'intensité du courant d'air, mais aussi sa température. Il est remarquable d'ailleurs que, sur le trajet parcouru, la température de la colonne d'air propulsée décroît plus régulièrement et moins vite que la vitesse. Ainsi pour une température de 100° à la sortie du tube et pour une certaine vitesse initiale fixe, on trouve habituellement 90° à 5 cent. 70, à 10 centim., 65° à 45 cm et 50 à 60 cm. En principe, la colonne d'air chaud conserve sa température initiale d'autant plus loin que la vitesse initiale est elle-même plus grande.

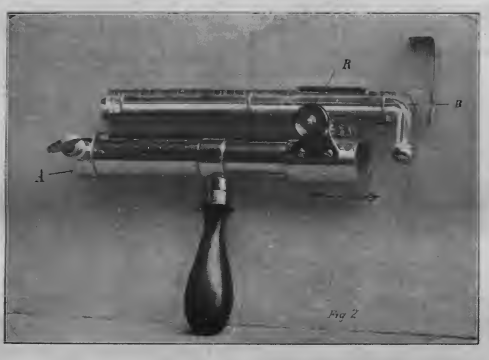
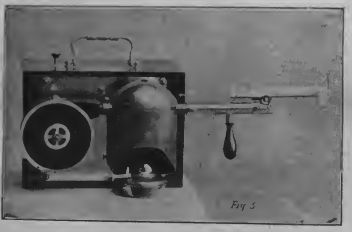


FIG. 1.



F.G. 2.

En résumé, en tenant compte de ces données expérimentales et d'observation courante, et avec l'instrument que je viens de décrire, il est possible de graduer et d'appliquer méthodiquement les deux éléments principaux de la douche d'air chaud : température et pression. Ce n'est pas à dire d'ailleurs que l'on obtiendra ainsi toujours un dosage parfaitement exact, et je ne crois pas non plus qu'on puisse jamais arriver à préciser pour la douche d'air chaud une posologie mathématique. Du moins, le médecin aura à sa disposition toute une gamme d'effets à produire avec un moyen de contrôle et des points de repère précis.

REVUE DES JOURNAUX

Les phlegmons iliaques.

Il y a lieu, en clinique, de distinguer trois variétés, trois aspects d'adéno-phlegmons iliaques : les uns succèdent à des foyers infectieux, en série, du membre inférieur et n'en figurent que l'aboutissant le plus élevé, les ganglions inguino-cruraux pouvant être tuméfiés, mais ne suppurant pas ; d'autres se produisent à la suite d'une plaie septique du membre, au cours de l'évolution de cette plaie, sans lymphangite ni adénite intermédiaire, mais n'en restent pas moins d'un diagnostic facile, dans les conditions indiquées; d'autres, enfin, surviennent tardivement, après une lésion locale très minime et qui a pu ne laisser qu'un vague souvenir et ce sont, précisément, ces dernières éventualités dont il convient d'être prévenu pour « y penser » rechercher cette porte d'entrée, et en venir à une interprétation exacte. Desprès insistait déjà sur l'éventualité de la suppuration retardée, et, dans un de ses deux cas, elle n'était survenue que onze mois après l'accident primitif. J'ajoute que la périadénite peut être très étendue et la suppuration abondante, mais ces abcès iliaques d'origine ganglionnaire se développent, en général, au-dessus du milieu de l'arcade et de bas en haut, parce qu'ils procèdent d'ordinaire des premiers ganglions de la chaîne.

Ils peuvent avoir, d'ailleurs, leur point de départ, non sur le membre inférieur, aux organes génitaux, à la fesse ou à l'anus, mais dans la profondeur du bassin, et succéder à une infection utérine ou utéro-annexielle. On a démontré depuis longtemps que la propagation infectieuse par voie lymphatique était très

souvent à invoquer dans les abcès de la fosse iliaque, puerpéraux, ou d'origine utéro-tubaire, en dehors de la période puerpérale; mais, en pareils cas, le processus est beaucoup plus malaisé à suivre cliniquement, et l'adénite proprement dite est rarement constatée.

(LEJARS. *Semaine médicale*, 29 décembre 1909, p. 614.)

La mort tardive après anesthésie chloroformique.

Les animaux morts tardivement après une anesthésie chloroformique présentent deux ordres de lésions :

1° Des altérations viscérales prédominant de beaucoup sur le foie ;

2° Des phénomènes congestifs et hémorragiques généralisés.

Peut-être les phénomènes hémorragiques sont-ils en partie déterminés par l'insuffisance hépatique, conformément aux faits mis en lumière par Doyon. Quoi qu'il en soit, il est intéressant de voir que l'anesthésie chloroformique peut suffire à amener la mort tardive par insuffisance hépatique accompagnée non d'ictère mais de phénomènes hémorrhagiques.

(AUBERTIN. *Tribune médicale*, 8 novembre 1909, p. 806.)

Les formes frustes de l'ictère post-chloroformique.

(*Constance de la cholémie, sa durée, son évolution*)

Chez neuf malades le sérum sanguin a été examiné avant et après la chloroformisation, au point de vue de la teneur en pigments biliaires. Ces malades ne présentaient aucune affection (syphilis, tuberculose, cancer...) qui pût être une cause d'erreur ; les suites opératoires ont toujours été normales, et les lésions (hernies, varicocèle, ankylose traumatique) pour lesquelles ils ont été opérés ne semblaient pas devoir retentir sur leur foie. Tous ont présenté de la cholémie post-chloroformique.

1° La cholémie post-chloroformique est constante (neuf fois sur neuf cas).

2° Elle est intense et précoce : déjà très forte huit heures après l'opération, elle atteint son maximum de vingt-quatre à trente-six heures après. La teneur en pigments diminue ensuite progressivement et régulièrement, et n'atteint pas son maximum avant une huitaine de jours.

3° Si la cholémie est constante, son expression clinique (l'ictère), est beaucoup plus rare : nous ne l'avons observée qu'une seule fois (obs. I). — Néanmoins dans deux cas (obs. II et III), le percussion de l'hypochondre droit pratiquée comparativement avec celle de l'hypocondre gauche montra nettement une sensibilité qui disparut complètement et progressivement en trois jours.

Ces constatations ne préjugent en rien de la nature hépatogène ou hématogène de l'ictère post-chloroformique : l'étude des variations de la résistance globulaire au cours de cet ictère pourrait nous renseigner à ce sujet.

(CHEVRIER, René BÉNARD et SORREL. *Tribune médicale*, 1909, p. 775.)

Dr FRANCIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 décembre 1909

Rayons X et souris cancéreuses. — M. *Contamin* a étudié l'action des rayons X sur les souris porteuses de tumeurs et sur les cellules cancéreuses isolées de la souris. De l'ensemble de son travail, il se dégage les conclusions suivantes :

1° L'action des rayons X est d'autant plus efficace que le tissu de la tumeur est plus jeune et plus prolifique ;

2° La résorption d'une tumeur un peu volumineuse entraîne la mort de l'animal, probablement par intoxication ;

3° Les rayons X agissent directement sur les cellules cancéreuses elles-mêmes ; et cette action influence davantage leur énergie de croissance que leur aptitude à l'inoculation ;

4° Les rayons X agissent d'autant plus qu'ils sont plus absorbés.

Stérilisation complète et définitive des testicules du rat, sans aucune lésion de la peau, par une application unique de rayons X filtrés. — MM. *Cl. Regaud* et *Th. Nogier* montrent qu'il est actuellement possible de stériliser totalement et définitivement les testicules du rat par une seule application de rayons X filtrés à travers une plaque d'aluminium, et cela sans produire la moindre lésion cutanée.

Ce résultat correspond à la radiothérapie efficace, dans une épaisseur de 1 cm. 5 à 2 cm. de tout tissu, d'un néoplasme malin par exemple, dont les cellules seraient aussi vulnérables par les rayons X que le sont les spermatogonies du rat.

Deux cas de fièvre de Malte vraisemblablement contractés à Paris. — MM. *J. Auclair* et *Paul Braun* ont observé deux cas de fièvre de Malte contractés par des bouchers employés aux abattoirs de la Villette. On pensait que cette fièvre ne se propageait que par l'intermédiaire des chèvres ; mais les bouchers n'avaient manipulé que des moutons.

Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 décembre 1909.

Nécrologie. — M. *Labbé* prononce l'éloge funèbre et M. Malassez, membre de l'Académie, et du professeur Lortet (de Lyon), membre correspondant.

Réactions hématiques de l'hydrargyrisme professionnel. — MM. *Agasse Lafont* et *Heim*, au cours d'une étude sur le dépistage de l'imprégnation hydrargyrique de la population ouvrière des ateliers de préparation des poils pour feutres, ont étudié les réactions hématiques consécutives à l'absorption journalière de nitrate acide de mercure. Le nombre des globules rouges est assez souvent diminué, mais l'anémie reste en tout cas modérée. La valeur globulaire est diminuée. La résistance globulaire est normale. Le nombre des leucocytes est normal. La formule leucocytaire, normale en ce qui concerne les éosinophiles est, par contre, souvent modifiée dans le sens de la mono-nucléose.

Contrairement à d'autres intoxications professionnelles (saturnisme par exemple), les lésions de l'intoxication mercurielle n'offrent pas de caractères spéciaux et constants permettant de dépister une imprégnation latente de l'organisme par le toxique, mais elles traduisent une imprégnation profonde et ancienne. Elles disparaissent rapidement si le sujet est soustrait à l'action du mercure.

Tuberculose inflammatoire et corps thyroïde. — MM. *Poncet* et *Leriche* rappellent que sous le nom de *tuberculose inflammatoire* il faut entendre cette variété de tuberculose qu'ils ont décrite dans ces dernières années et dont le rhumatisme tuberculeux articulaire n'est qu'une des modalités.

Autant la tuberculose classique est rare dans la thyroïde, autant la tuberculose inflammatoire y est fréquente, soit sous forme scléreuse, entraînant une atrophie plus ou moins marquée de la glande, soit sous forme parenchymateuse, hypertrophique entraînant la production de goîtres ; le goître exophtalmique, pour eux, est souvent de nature tuberculeuse, et il en est de même d'un grand nombre d'états thyroïdiens.

Discussion sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. *Linossier* rappelle que, la lithiase biliaire et beaucoup d'inflammations des voies biliaires sont d'origine éberthienne. Vichy reçoit de ce fait nombre de porteurs de bacilles latents ; or ils n'ont jamais été le point de départ d'épidémie ou de contagion.

Benjamin BORD.

ANALYSES

De l'utilité de la réaction de Wassermman pour les indications du traitement antisyphilitique ; par BLANK. (*Berliner Klin. Woch.* 6 sept. 1905 n° 36.)

Nous ne savons pas encore aujourd'hui si une réaction de Wassermann positive est le fait d'une infection syphilitique en activité, ou si elle indique seulement que le sujet chez lequel elle se produit, a été, à un moment de sa vie, infecté par la syphilis. Le traitement antisyphilitique, appliqué dans toutes les réactions positives, peut être donc, dans de nombreux cas, sinon nuisible, pour le moins inutile. Mais nous savons, par contre, que dans 1/3 des cas, la réaction positive avant un traitement mercuriel, reste positive après le traitement, qu'un certain nombre de réactions positives, devenues négatives après le traitement, redeviennent rapidement positives, et qu'un nombre non négligeable de syphilis non traitées ou insuffisamment traitées présentent une réaction négative.

Tout clinicien comprendra le peu de valeur qu'il peut accorder à la réaction de Wassermann pour baser son traitement. On a pensé que la constatation précoce du spirochète et de la séro-réaction positive serait précieuse pour permettre d'instituer un traitement précoce avant l'apparition des accidents secondaires confirmatifs du diagnostic clinique. Or, l'expérience de cli-

niciens éminents nous apprend qu'il est nuisible de commencer le traitement antisyphilitique avant l'apparition des accidents généraux.

Jamais on n'a pu établir le moindre bénéfice d'un traitement prématuré. Certains ont cru voir apparaître dans ce cas des rechutes particulièrement tenaces. Curioni (*Lancet*, 1908) met en garde contre la thérapeutique au début de la syphilis qui empêcherait la réaction de défense de l'organisme, la production d'anticorps.

On ne saurait trouver aucune base sérieuse de traitement dans le caractère positif ou négatif de la séro-réaction. Marelli a pu rendre négative une séro-réaction positive chez un syphilitique, en lui injectant de la lécithine, qui ne possède cependant aucune propriété antisyphylitique. On ne peut donc identifier l'action du mercure sur la séro-réaction avec son action sur la syphilis. On sait du reste que la réaction de Wassermann s'est montrée positive dans des cas de lèpre, de scarlatine, de fièvre thypoïde.

Le séro-diagnostic est positif dans 7 % des cas de tabès et 100 % des cas de paralysie générale. On sait que le traitement mercuriel n'a aucune action sur ces deux affections, sinon, selon quelques-uns, une action nuisible. Ces faits démontrent avec évidence qu'aucune indication pour la thérapeutique ne peut être déduite de l'existence d'une séro-réaction positive. Si on se basait sur sa présence pour instituer le traitement mercuriel, on arriverait rapidement à l'instituer pendant trop de temps et à avoir des accidents d'intoxication qui discréditeraient le mercure.

G. L.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies mentales dans l'Armée française ; par A. Antheaume et Roger Mignot, Médecins de Charenton. Un vol in-12 253-xv pages, avec 13 tableaux. — Bibliothèque moderne des Sciences médicales. (H. Delarue, éditeur. Paris, 1909). Relié toile . . . . 4 fr.

Les retentissants débats du Parlement sur la réforme des Conseils de guerre, les récentes discussions du Congrès de Nantes, ont mis à l'ordre du jour la question des maladies mentales dans l'armée française. C'est donc un livre d'actualité que les auteurs présentent au public : il intéresse les médecins militaires, les psychiatres, les juristes, les législateurs, et même le grand public, en raison de la portée sociale qui en découle.

Comme médecins de Charenton, MM. Antheaume et Roger Mignot étaient, mieux que tous autres, désignés pour étudier la folie chez les militaires, puisque cet établissement national hospitalise les soldats et officiers devenus aliénés.

Se basant à la fois sur des faits d'observation personnelle et sur de nombreux documents officiels, qu'ils ont eu soin de présenter sous la forme expressive de tableaux, les auteurs ont montré quel est, dans ce milieu spécial, la fréquence de la folie, sous quelle forme elle se présente, quel rôle joue, dans sa genèse, l'influence professionnelle, enfin quels rapports étroits l'unissent à la délinquance. Cette dernière question, si importante au point de vue médico-légal, a été l'objet d'une étude des plus attentives.

Après avoir rendu pleinement justice aux efforts récemment accomplis par les autorités militaires pour éliminer de l'armée les sujets cérébralement tarés, MM. Antheaume et Roger Mignot indiquent ce qu'il reste encore à faire pour parachever l'œuvre prophylactique.

L'ouvrage se termine par une série de documents officiels intéressants et par une bibliographie, la plus riche qui ait encore paru sur le sujet.

C.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi* 12 *janvier* 1910, à 1 heure. — M. Monier-Vinard : Sur un nouveau type de tumeur primitive du foie : l'hépatome ; MM. Gaucher, Segond, Legry, Pierre Duval. — M. Laborie ; L'anite chancrelleuse ; MM. Gaucher, Segond, Legry, Pierre Duval. — M. Bory : Etudes anatomo-pathologiques sur les artères ; MM. Gaucher, Segond, Legry, Pierre Duval. — M. Bret : Traitement chirurgical des rétrécissements infranchissables de l'urètre. Procédé rapide pour la découverte du bout postérieur ; MM. Segond, Gaucher, Legry, Pierre Duval.

Jeudi 13 *janvier* 1910, à 1 heure. — M. Pichard : Etat actuel de la thérapeutique par l'étincelle de haute fréquence ; MM. Dieulafoy, Debove, Alb. Robin, Castaigne. — M. Apostolides : Le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse. Sa pathogénie, son traitement : MM. Debove, Dieulafoy, Alb. Robin, Castaigne. — M. Daniel Colloïdes et eaux minérales ; MM. Albert Robin, Dieulafoy, Debove, Castaigne. — M. Durand : Etude sur un cas de linite plastique ; MM. Chantemesse, Pierre Marie, Chauffard, Jeanselme. — M. Cantenot : Contribution à l'étude expérimentale clinique et thérapeutique de certaines néphrites médicamenteuses : MM. Pierre Marie, Chantemesse, Chauffard, Jeanselme. — M. Lancrenon : Contribution à l'étude de la néphrite blennorragique aiguë : MM. Chauffard, Chantemesse, Pierre Marie, Jeanselme.

Examens de doctorat. — *Mardi* 11 *janvier* 1910. — 5e Chirurgie (première partie) (1re série), *Charité* : MM. Pozzi, Marion, Auvray. — 5e chirurgie (première partie) (2e série), *Charité* : MM. de Lapersonne, Lecene, Lenormant. — 5e deuxième partie), *Charité* : MM. Raymond, Gouget, Jeanselme, M. Chauffard, censeur ; Balthazard, suppléant.

Mercredi 12 *janvier* 1910. — Médecine opératoire, *Ecole pratique* : MM. Nicolas, Hartmann, Ombrédanne. — 3e (deuxième partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologigque* : MM. Gautier, Blanchard, Lœper. *Epreuves pratiques.* — 2e (1re série) : MM. Gariel, Langlois, Mulon. — 2e (2e série) : MM. Gley, Desgrez, Branca. — 3e, oral (première partie) : MM. Delebt, Rieffel, Couvelaire ; Pierre Marie, censeur ; M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 13 *janvier* 1910. — Médecine opératoire, *Ecole pratique* : MM. Quénu, Lecene, Lenormant. — 3e (deuxième partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Gilb. Ballet, Maillard, Brumpt. *Epreuves pratiques.* — 2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy, Nicloux. — 2e (2e série) : MM. Prenant, Gley, André Broca. — 3e *oral* (première partie), (1re série) : MM. Pozzi, Demelin, Morestin. — 3e *oral* (première partie) (2e série) : MM. de Lapersonn, Thiéry, Brindeau. — 3e *oral*, (première partie) (3e série) : MM. Bar, Launois, Marion. — 3e *oral* (première partie) (4e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Retterer, Auvray. — 4e : MM. Gilbert, Thoinot, Wurtz, M. Hutinel, censeur : M. Carnot, suppléant.

Vendredi 14 *janvier* 1910. — 3e *oral* (première partie) : MM. Nicolas Hartmann, Couvelaire. — 3e *oral* (deuxième partie) : MM. Blancarhd, Sicard, Lœper. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot, Macaigne ; M. Gariel ; censeur : M. Langlois, suppléant.

Samedi 15 *janvier* 1910. — 5e, *obstétrique* (première partie), Clinique Tarnier : MM. Bar, Demelin, Borindeau ; M. Nicloux, suppléant.

Assistance publique de Paris.

Mutations dans les services de l'Assistance médicale. — Sont autorisés à passer dans les arrondissements ci-après désignés les médecins de l'Assistance médicale dont les noms suivent, savoir :

Au 13e arrondissement (traitement à domicile), M. le docteur Dreyfus, antérieurement affecté au 16e arrondissement (consultations).

Au 16e arrond. (consultations), M. le docteur Bertrand, antérieurement affecté au 7e arrond. (consultations).

Au 7e arrond. (consultations), M. le docteur Blondin, antérieurement affecté au 13e arrond. (consultations).

Au 4e arrond. (consultations), M. le docteur Rabant, antérieurement affecté au 19e arrond. (consultations).

Au 10e arrond. (consultations), M. le docteur Narboni, antérieurement affecté au 19e arrond. (traitement à domicile).

Au 19e arrond. (traitement à domicile), M. le docteur Pascaud, antérieurement affecté au 12e arrond. (consultations).

Au 12e arrond. (consultations), M. le docteur Friedel, antérieurement affecté au 13e arrond. (traitement à domicile).

Au 15e arrond. (consultations), M. le docteur Beauvy, antérieurement affecté au 13e arrond. (consultations).

Au 13e arrond. (consultations), M. le docteur Oguse, antérieurement affecté au 20e arrond. (consultations).

Au 15e arrond. (consultations), M. le docteur Bertrandon, antérieurement affecté au 20e arrond. (consultations).

Au 18e arrond. (consultations), M. le docteur Arnoux, antérieurement affecté au 19e arrond. (consultations).

Au 19e arrond. (consultations), M. le docteur Harlau, antérieurement affecté au 12e arrond. (consultations).

Art. 2. — Le présent arrêté aura son effet à partir du 1er janvier 1910.

Ampliation sera transmise aux services compétents ainsi qu'aux maires, présidents des bureaux de bienfaisance des arrondissements intéressés, qui sont chargés d'en assurer l'exécution.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur une épidémie d'infections paratyphoïdes. Rôle étiologique primordial d'une atteinte fruste chez un cuisinier ;

par MM.

E. SACQUÉPÉE et BELLOT
Médecin-major de 2e classe, Professeur agrégé au Val-de-Grâce
Médecin aide major de 1re classe

Quand éclate une épidémie de maladies typhoïdes, il est généralement difficile de reconnaître quelle est la cause exacte de cette dernière ; on peut même dire que la genèse de la plupart des épidémies demeure inconnue ou, tout au moins, imprécise.

Cette genèse comprend deux étapes. Pour infecter leurs victimes, les germes pathogènes ont emprunté un véhicule : eau, aliments, lait, poussières, vêtements, etc. ; ce véhicule, devenu typhogène, a été nécessairement contaminé par un sujet malade ou infecté. De ces deux étapes, la première, détermination du véhicule, peut être assez souvent retracée après coup, grâce aux constatations et déductions étiologiques ; la seconde, détermination du sujet qui a contaminé le véhicule, reste plus souvent dans l'ombre ; il est presque exceptionnel de pouvoir la préciser.

Au point de vue prophylactique, autant et plus qu'au point de vue épidémiologique, la connaissance exacte de l'une et de l'autre étape présente un grand intérêt. Sachant quel sujet infecté a transmis son infection au véhicule — ce qui constitue la première étape dans l'ordre chronologique des accidents — il devient possible de voir par quel mécanisme cette infection a pu être réalisée, et de prendre les mesures prophylactiques voulues, tant pour le présent que pour l'avenir, tant à l'égard de l'individu infectant qu'à l'égard de tous autres individus sujets à la même suspicion.

De son côté, la connaissance du véhicule incite à surveiller ce dernier, de manière à empêcher ou à rendre inoffensives les pollutions qui pourraient se produire éventuellement.

La détermination du « foyer de contagion » et celle du « véhicule d'infection » constituent ainsi deux moments épidémiologiques qu'il est nécessaire de rechercher et d'étudier. Ces déterminations sont souvent fort malaisées ; les « foyers de contagion » en particulier échappent souvent aux enquêtes, parce que le sujet essaimeur de bacilles pathogènes est médicalement inconnu, l'affection spécifique dont il est atteint ayant évolué sous un masque hypocrite. C'est toute l'histoire des *cas frustes* : leur importance est minime au point de vue de la médecine interne, car la plupart de ces « cas frustes » méritent à peine le nom de maladies, tant sont bénignes leurs manifestations ; leur rôle est considérable dans l'hygiène publique, parce que ces cas latents ou méconnus sont d'autant plus dangereux que précisément ils sont méconnus, c'est-à-dire que personne ne s'en méfie, ne s'en préoccupe, et qu'ainsi ils se trouvent à même de développer librement leurs effets.

Nous n'avons pas la prétention d'inventer les cas frustes ; ils ont été depuis nombre d'années soumis à l'analyse des médecins et des épidémiologistes ; leur existence leur signification, leur rôle éventuel, ne sont pas choses inconnues. Mais il nous semble toutefois que l'importance épidémiologique du cas fruste dépasse de beaucoup celle qu'on lui concède généralement. C'est pour cette raison qu'il nous a paru utile de faire connaître l'épisode suivant.

Il s'agit d'une *épidémie d'infections paratyphoïdes* survenue dans un corps de la garnison de P.

Dans ce corps, comprenant environ 250 hommes, indemne depuis plusieurs mois de toute fièvre typhoïde, se déclare en juin dernier une épidémie assez étendue.

Un premier malade est atteint le 14 juin.

2	malades sont	atteints le	15
5	—	—	16
5	—	—	18
3	—	—	19
2	—	—	20
1	—	—	21

Soit au total 19 malades en 8 jours.

Au point de vue clinique, toutes ces atteintes ont évolué comme des infections paratyphoïdes du type B, tantôt assez graves, tantôt et le plus souvent bénignes. La seule particularité notable fut la prédominance remarquable d'une véritable *forme méningée*. Chez 3 malades en effet, sur 12 entrés directement dans le service de l'un de nous (les autres n'y furent évacués qu'à près confirmation du diagnostic), le début fut marqué par un « syndrome méningé » fébrile parfaitement caractérisé, avec céphalée très intense, absorbant l'attention entière du malade, signe de Kernig, raideur de la nuque, réflexe des orteils en extension, plus deux symptômes communs aux infections paratyphoïdes et aux syndromes méningés : la constipation et le ralentissement du pouls. Le liquide céphalo-rachidien était en légère hypertension, mais ne renfermait ni albumine, ni éléments cellulaires, ni microbes. Ces accidents méningés ont toujours guéri sans encombre.

Pour le reste, les atteintes se comportèrent tantôt comme des « typhoïdettes » à début un peu brusque, tantôt comme des « fièvres typhoïdes moyennes ou sévères », persistant 15 à 22 jours, sans autre complication qu'une seule myocardite, bien connue d'ailleurs dans la dothiénentérie.

Aucun décès.

Sur les 19 atteintes, 4 seulement furent réellement sérieuses, graves, accompagnées de prostration très marquée, de troubles cérébraux (délire), de tendances syncopales, etc.

L'étude bactériologique des cas précédents établit rapidement le diagnostic. L'*ensemencement du sang*, pratiqué chez 8 malades, donna naissance chez 7 d'entre eux au *bac. paratyphique B*, pur 6 fois, associé, la 7e fois, à un tétragène doré. Chez 12 malades, au cours de leur infection, les *selles* et *urines* furent examinées : le bac. paratyphique B fut rencontré 10 fois dans les selles, 2 fois dans les urines. Enfin le *séro-diagnostic* pour tous les malades fut *nettement positif pour le bac. paratyphique B* (type de Rennes, type Schottmüller, type de l'épidémie en cours) à des taux extrêmes de 1 p. 350 à 1 p. 900, suivant les malades ; le séro-diagnostic se montra, au contraire, négatif, uniformément, même à 1 p. 50 et 1 p. 30, vis-à-vis du bacille d'Eberth et du bacille paratyphique A.

Le diagnostic d' « *épidémie d'infections paratyphoïdes du type B* » se trouve ainsi indiscutablement posé.

Reste le point délicat : quelle fut la cause de l'épidémie ? L'enquête se trouve orientée par cette constatation que la « courbe épidémique » présente l'allure connue des manifestations d'origine hydrique ou alimentaire ; les cas sont d'emblée nombreux, la poussée dure quelques jours, puis elle s'éteint. Il s'est produit une explosion, un « coup de pistolet » ; après quoi, tout est fini.

✦

En l'absence de toute autre cause extérieure susceptible d'expliquer une telle évolution, en l'absence de toute cause locale d'infection, il faut faire appel à une contamination des seuls facteurs communs à tous les hommes : les eaux, les aliments. Les eaux sont innocentes, elles ont été analysées à maintes reprises, avant, pendant et après l'épidémie, sans que l'analyse ait rien présenté d'anormal ; des eaux identiques sont consommées par les corps de troupe voisins, branchés sur la même canalisation, casernés à quelques mètres des hommes infectés, et ces corps voisins sont demeurés absolument indemnes de toute manifestation paratyphoïde.

Il est donc inacceptable d'accuser les eaux. *Le seul véhicule possible d'infection est dès lors constitué par les aliments*. En effet, la cuisine est commune à tout l'effectif du corps atteint par l'épidémie, et elle est spéciale à ce corps. Le transport par les aliments demeure le mode certain de contagion.

Quel est maintenant l'aliment typhogène ? A cet égard on ne peut répondre rien de précis. Il est seulement établi qu'il ne s'agit pas d'un aliment consommé à l'état cru : salades, fraises, etc. De tels aliments ont bien été distribués, mais aucun d'eux n'a été consommé par tous les malades, ni même par la majorité d'entre eux, comme un interrogatoire soigné a permis de le reconnaître.

C'est donc « l'aliment » dans l'acception la plus large du mot qu'il faut définitivement mettre en cause ; c'est de plus un aliment consommé après cuisson préalable. Or, un aliment convenablement cuit, à ma connaissance, n'a jamais propagé de maladies typhoïdes, *à moins d'avoir été contaminé après coup*, à moins d'avoir reçu un germe virulent d'origine humaine. Les accidents provoqués par l'infection propre des viandes revêtent une toute autre allure, même quand l'aliment est préalablement cuit : on voit alors apparaître des « intoxications alimentaires » dont le décours clinique ne rappelle en rien ce que nous avons vu chez nos malades. Quant à la véritable maladie typhoïde consécutive à la consommation de viandes d'animaux malades, il a été établi ailleurs (1) que son existence était à peine démontrée, et qu'en tout cas, elle s'accompagne d'un nombre important d'affections à forme toxique. L'épidémie présente alors un mélange « d'intoxications » chez certains sujets, de maladies infectieuses chez d'autres sujets, mélange qui n'a pas été constaté dans l'épisode que nous rapportons.

Ces raisonnements amenaient à soupçonner un « convoyeur humain ». *C'est un malade*, un homme infecté par le bac. paratyphique, *qui a dû contaminer les aliments. Et cet homme devait être employé à la cuisine*, puisqu'il a infecté les aliments destinés à l'ensemble de l'effectif.

L'enquête poursuivie dans ce sens devait être fructueuse. Il fut en effet rapidement établi que l'aide-cuisinier C..., en service à la cuisine depuis plusieurs mois, avait été atteint, peu avant l'explosion épidémique, d'une affection mal déterminée, assez légère, mais qui avait cependant nécessité son admission à l'infirmerie, puis son départ en convalescence.

C'est au retour de cette dernière que C..., à notre demande, fut hospitalisé « pour observation ». Interrogé, C... déclara avoir été atteint, quelques jours avant le 10 juin, d'une indisposition caractérisée par de la courbature générale, de la céphalée, de l'anorexie, des sensations douloureuses vagues dans les membres. Le malaise fut assez accusé pour amener C... à la visite médicale ; la fatigue et la céphalée persistèrent plusieurs semaines après la disparition des autres symptômes.

Cet homme avait donc été atteint d'embarras gastrique quelques jours avant l'apparition des premiers cas épidémiques ; il avait continué néanmoins son service à la cuisine pendant plusieurs jours, et par suite *il avait été à même de contaminer les aliments.*

Restait à établir qu'il portait en lui la graine de l'épidémie. Ce fut chose facile : l'analyse des selles permit en effet de déceler, le 22 août, *la présence en quantité notable du bacille paratyphique* B. Mêmes résultats positifs dans la suite, à maintes reprises, en août, septembre et octobre. Simultanément, on reconnut que le *sérum sanguin* agglutinait le bac. paratyphyque B à 1 p. 80, sans agglutiner à 1 p. 20 les bac. typhique et paratyphique A.

Par suite de circonstances nullement rares dans les infections paratyphoïdes, et particulièrement heureuses pour l'enquête épidémiologique, C... avait donc continué à éliminer des bac. paratyphiques ; et nul autre incident ne saurait expliquer chez lui cette excrétion persistante, en dehors de l'embarras gastrique survenu en juin. En réalité, cet embarras gastrique n'était qu'une forme fruste d'infection paratyphoïde.

L'enchaînement des faits paraît ainsi rigoureusement établi : le cuisinier C..., atteint d'embarras gastrique à bact. paratyphiques dès le début de juin, a transporté ses bacilles sur les aliments ; ces aliments contaminés ont infecté les hommes, nos malades, et les symptômes cliniques chez ces derniers sont apparus dans les délais d'incubation normaux des infections paratyphoïdes. On ne saurait prétendre que le cuisinier C... a été victime de l'épidémie au même titre que ses camarades, car il a été atteint avant eux, 8 à 10 jours environ avant les premiers.

En résumé, *l'épidémie observée à P... est*, de manière certaine, *due au bacille paratyphique B. Elle a été provoquée par l'ingestion d'aliments infectés. Et c'est un cuisinier atteint d'une forme fruste qui a contaminé ces aliments.*

Ces constatations appellent d'autres réflexions, concernant la prophylaxie ; il y aura lieu d'y revenir.

ANATOMIE

Les artères hépatiques accessoires ;

Par G. PIQUAND

Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Indépendamment de l'artère hépatique, le foie reçoit d'une façon constante un certain nombre d'artères beaucoup moins importantes qui méritent le nom d'artères hépatiques accessoires. Ces artères proviennent des sources les plus diverses : de la coronaire stomachique, de la splénique, de la pylorique, des diaphragmatiques inférieures, de la mammaire interne, de l'épigastrique, des mésentériques supérieure et inférieure, de la rénale et de la capsulaire droite, et enfin du tronc même de l'aorte.

La disposition de ces artères rappelle assez bien celle des veines portes accessoires, et, comme ces dernières, on peut les réunir d'une façon un peu schématique en quatre groupes topographiques ;

1° *Groupe para ombilical formé de vaisseaux* qui proviennent des artères de la paroi abdominale, et qui arrivent au foie en suivant le trajet du cordon qui représente la veine ombilicale oblitérée.

2° *Groupe cystique* formé par des artérioles qui proviennent de la face supérieure de la vésicule biliaire.

(1) E. SACQUÉPÉE. — *Les empoisonnements alimentaires*. Volume des *Actualités médicales*, Paris, 1909.

3° *Groupe diaphragmatique* formé par des artères qui se détachent des diaphragmatiques inférieures et arrivent au foie au niveau du ligament suspenseur et du ligament coronaire.

4° *Groupe gastro-hépatique* comprenant des artères venues de plusieurs sources qui montent au foie dans l'épaisseur du ligament gastro-hépatique.

1° *Les artères hépatiques accessoires parombilicales,* non décrites par la plupart des auteurs, sont en général très grêles et peu nombreuses, mais elles nous ont paru exister d'une façon constante ; presque toujours, en effet, par une injection fine de l'épigastrique et de la mammaire interne, on peut mettre en évidence plusieurs petits rameaux qui proviennent des artères de la paroi abdominale et qui se portent vers le sillon longitudinal du foie en suivant le cordon de la veine ombilicale ; assez souvent d'ailleurs la plupart de ces artérioles, toujours très grêles, paraissent s'épuiser avant d'arriver au foie, mais presque toujours on voit au moins un ou deux rameaux arriver jusqu'au foie où ils se distribuent à la capsule de Glisson et au parenchyme hépatique en se confondant avec les ramifications de l'artère hépatique principale.

Les anatomistes qui ont vu ces artères ne les considèrent pas d'ordinaire comme des artères hépatiques accessoires. Sappey (1) notamment en fait de simples branches de l'artère hépatique. D'après sa description, l'artère hépatique donne une branche qui suit le bout inférieur du ligament falciforme en fournissant des rameaux aux parois de la veine ombilicale, et se termine en s'anastomosant avec les dernières branches de l'épigastrique.

Lignerolles (2) considère les artères parombilicales comme des anastomoses entre des rameaux fournis par l'artère hépatique, et d'autres venus de l'épigastrique. « Il existe constamment, dit-il, un rameau qui se détache du tronc de l'épigastrique et se porte obliquement vers l'anneau ombilical, là il se divise en rameaux ascendants qui s'anastomosent avec des rameaux venus de l'artère hépatique, en rameaux transversaux qui s'anastomosent avec ceux du côté opposé, et en rameaux descendants ». Sur les pièces où nous avons pu injecter les artères hépatiques accessoires parombilicales nous avons trouvé la disposition suivante : 1° une artère relativement volumineuse provenant presque toujours de la branche gauche de l'hépatique et allant nettement du foie vers la paroi abdominale; 2° plusieurs artérioles beaucoup plus grêles qui paraissaient naître des dernières ramifications de l'épigastrique droite, et se diriger de la paroi abbominale vers le foie. En effet, ces artérioles diminuaient de volume à mesure qu'on se rapprochait du foie et disparaissaient même souvent avant d'atteindre l'organe ; cette disposition semble bien indiquer l'existence de vaisseaux allant de la paroi vers le foie et non seulement, comme le voulait Sappey, d'artères allant du foie à la paroi ; d'ailleurs plusieurs fois, et notamment sur deux pièces injectées au mercure, nous avons vu nettement les ramifications terminales de ces artères s'enfoncer et s'épuiser dans le parenchyme hépatique.

2° *Groupe cystique.*—Les branches accessoires fournies au foie par l'artère cystique ont été signalées par Sappey qui dit que la branche de l'artère cystique destinée à la face supérieure de la vésicule biliaire envoie constamment quelques rameaux destinés au parenchyme hépatique. L'existence de ces artères hépatiques accessoires contestée par Siraud, qui en fait des branches allant de l'artère hépatique à la vésicule biliaire, a été démontrée par Cavalié et Paris (2 *bis*), chez l'homme, par Billaut et Cavalié chez le chien, le lapin et le cobaye. Normalement, chez l'homme, des deux branches de l'artère cystique, mais surtout de la branche droite partent de nombreux rameaux qui s'enfoncent dans le foie et qu'on voit bien après injection à la gélatine ou à la cire ; parmi ces rameaux, les uns s'arrêtent dans le tissu sous-péritonéal ou dans la capsule du foie, les autres s'enfoncent dans le parenchyme hépatique où ils s'épuisent rapidement en se divisant en deux ou trois artérioles qui se perdent dans les espaces de Kienan et s'anastomosent avec les dernières ramifications de l'hépatique. Parmi ces rameaux, il y en a habituellement deux plus volumineux qui se détachent, l'un de la branche droite et l'autre de la branche gauche de l'artère cystique, en des points presque symétriques et qui se portent au foie en soulevant en deux replis le péritoine qui recouvre le vésicule.

Outre ces rameaux venus directement des deux branches de la cystique, on trouve ordinairement un certain nombre d'artérioles extrêmement fines et visibles seulement après une très bonne injection entre le foie et la face supérieure de la vésicule : il est difficile de dire si ce sont là des artères hépatiques accessoires venues de la cystique ou bien au contraire des branches vésiculaires venues de l'hépatique ; cependant il semble que tout au moins quelques-unes de ces artérioles viennent bien de la cystique. car elles s'épuisent extrêmement rapidement presque dès leur entrée dans le foie, sans présenter d'anastomoses appréciables avec les artérioles voisines.

3° Le *groupe diaphragmatique* comprend un nombre variable, mais toujours assez considérable, d'artérioles qui viennent de la face inférieure du diaphragme et qui se portent au foie, les unes au niveau du ligament coronaire, les autres entre les deux feuillets du ligament suspenseur. Ces artérioles proviennent des mammaires internes, des diaphragmatiques inférieures, et ausssi, d'après Turner (3), des dernières intercostales.

Les rameaux venus des mammaires internes, toujours extrêmement grêles, mais d'ordinaire assez nombreux (8 à 10 en moyenne), se détachent soit des branches des mammaires destinées au diaphragme, soit surtout de la branche abdominale de l'artère, et se rendent au foie au niveau du tiers antérieur du ligament suspenseur.

Parfois les plus inférieurs de ces rameaux se mêlent aux artères accessoires parombilicales.

Les hépatiques accessoires venues des diaphragmatiques inférieures sont plus nombreuses et plus volumineuses : Cruveilhier (4), Sappey, Testut (5), admettent que ces artères proviennent à peu près exclusivement de la diaphragmatique inférieure droite.

Poirier (6), reprenant la description de Henle décrit deux sortes de rameaux, les uns provenant de la diaphragmatique inférieure droite qui gagnent le ligament suspenseur, les autres provenant de la diaphragmatique inférieure gauche et qui se distribuent au bord postérieur du foie.

Sur les pièces que nous avons pu injecter, la disposition nous a paru un peu plus complexe : les artères destinées au bord postérieur du foie proviennent presque toutes de la diaphragmatique inférieure droite, celle-ci fournit habituellement trois à quatre artérioles assez longues qu se distribuent à la face postérieure du foie de chaque côté de la gouttière où est logée la veine cave ; de plus, la branche interne de l'artère fournit un grand nombre de rameaux très grêles et très courts qui vont se distribuer à toute la partie de la face postérieure du foie qui est dépourvue de revêtement péritonéal, souvent quelques-unes de ces artérioles soulèvent le feuillet supérieur du ligament coronaire en déterminant la formation de replis pé-

ritonéaux sur lesquels Faure (7) a attiré l'attention. Quant à la diaphragmatique inférieure gauche, sa branche interne fournit un ou plusieurs rameaux longs et flexueux qui se portent au lobe gauche du foie dans l'épaisseur du ligament triangulaire gauche.

Les artères destinées à la face convexe proviennent indifféremment des deux diaphragmatiques inférieures, elles forment un grand nombre de rameaux très grêles, mais assez longs, qui se portent obliquement vers le foie entre les deux feuillets du ligament suspenseur où elles se confondent facilement avec les veines portes accessoires. Les artérioles sont surtout développées dans les deux tiers antérieurs du ligament suspenseur, le tiers postérieur de ce ligament étant d'ordinaire presque complètement dépourvu de vaisseaux.

Une ou plusieurs de ces artères hépatiques accessoires sous-diaphragmatiques peuvent posséder une importance plus considérable et jouer un certain rôle dans la nutrition du foie. Très exceptionnellement, ces artères peuvent être très longues et décrire un trajet complexe : ainsi Cruveilhier a vu une branche hépatique se détacher de l'artère diaphragmatique inférieure droite, s'engager dans l'épaisseur du ligament falciforme, qu'elle suivait dans toute sa longueur ; parvenue au bord antérieur du foie, elle se réfléchissait sur l'échancrure qui termine en avant le sillon antéro-postérieur, et parcourait ce sillon d'avant en arrière jusqu'au sillon transverse dans lequel elle plongeait.

A propos de ces artères hépatiques accessoires d'origine diaphragmatique, il est intéressant de rappeler que, par contre, l'artère hépatique principale donne assez souvent une branche diaphragmatique et peut même fournir complètement l'artère diaphragmatique inférieure droite : nous avons pu observer un cas dans lequel la diaphragmatique inférieure droite naissait du premier segment de l'hépatique, tandis que la diaphragmatique inférieure gauche venait de l'aorte. Quain (7) Rossi et Cova (8) ont de même vu chacun un cas dans lequel la diaphragmatique inférieure droite venait également de la première portion de l'hépatique, la diaphragmatique inférieure gauche étant fournie par le tronc cœliaque.

4° *Les artères de l'épiploon gastro-hépatique* sont de beaucoup les plus importantes et les plus complexes des hépatiques accessoires.

Les artères de ce groupe peuvent se diviser en deux variétés topographiques : 1° les artères accessoires occupant la partie gauche, 2° les artères accessoires occupant la partie droite du petit épiploon.

1° *Les artères hépatiques accessoires occupant la partie gauche (pars condensa) de l'épiploon gastro-hépatique* peuvent provenir : de la coronaire stomachique, de la splénique, du tronc cœliaque et enfin directement de l'aorte.

Les rameaux venant de la coronaire stomachique sont de beaucoup les plus fréquents et les plus importants : quelques anatomistes Winslow (9), Sabatier (10), Hyrtl (11) admettent même que d'une façon constante la coronaire stomachique fournit une branche d'un volume appréciable destinée au foie, et désignent en raison de ce fait la coronaire stomachique sous le nom de gastro-hépatique gauche, le tronc de l'artère hépatique représentant la gastro-hépatique droite.

Theile (12) et Romiti (13) considèrent que cette disposition, bien que n'étant pas constante, doit être considérée comme normale en raison de sa fréquence.

D'après Toldt (14) l'existence d'un rameau hépatique accessoire venant de la coronaire stomachique est absolument constante chez le nouveau-né, inconstante chez l'adulte.

La plupart des anatomistes (Cruveilhier, Sappey, Cloquet, Luschka, Henle (15), Quain (7), Giacomini (16), Debierre (17), Testut, Poirier, signalent la possibilité de voir la coronaire gastrique fournir une hépatique accessoire, mais considèrent cette disposition comme anormale ; aucun ne décrit ni la fréquence, ni le mode d'origine, ni le trajet de cette artère.

D'après nos recherches, l'existence d'une ou même de plusieurs branches hépatiques fournies par la coronaire stomachique est à peu près constante, mais le plus souvent il ne s'agit que de rameaux extrêmement grêles, sans importance physiologique et qu'on ne peut voir qu'après une bonne injection ; c'est seulement dans environ un quart des cas que l'artère coronaire stomachique fournit un rameau assez volumineux pour pouvoir être vu et disséqué sans injection, et avoir une certaine importance physiologique.

Le mode d'origine de cette artère hépatique accessoire est assez variable, la disposition suivante nous a paru la plus fréquente :

Avant d'arriver à la petite courbure de l'estomac, la coronaire stomachique fournit quelques rameaux à l'épiploon gastro-hépatique, puis donne une branche destinée à la face postérieure de l'œsophage (rameau œsophagien postérieur) et une autre plus volumineuse (rameau œsophagien antérieur) qui monte en haut et à gauche en fournissant successivement des collatérales pour la face antérieure de la grosse tubérosité, du cardia et de l'œsophage, c'est d'ordinaire de cette branche œsophagienne antérieure que naît l'artère hépatique accessoire : celle-ci se détache du flanc droit de l'artère œsophagienne et constitue habituellement sa première collatérale; plus rarement elle se détache plus haut après que l'artère œsophagienne antérieure a fourni ses rameaux tubérositaires et cardiaques. Dans la plupart des cas (5 sur 6), l'artère hépatique accessoire est moins volumineuse que ces divers rameaux, et représente bien une simple collatérale, parfois (1 sur 6) elle est plus volumineuse que les rameaux gastro-œsophagiens en sorte qu'il semble que l'artère coronaire stomachique fournisse une branche destinée au foie, et que de cette artère hépatique accessoire se détachent des rameaux destinés à la grosse tubérosité, au cardia et à l'œsophage. Parfois même comme dans un cas que nous avons pu observer et que nous figurons ci-contre, la branche hépatique prend une importance très considérable et semble une véritable bifurcation de l'artère coronaire stomachique; mais l'étude des cas habituels montre bien qu'il ne s'agit là que de l'hypertrophie accidentelle du rameau hépatique normalement fourni par l'artère œsophagienne antérieure. Quelquefois cette artère œsophagienne antérieure fournit également l'artère diaphragmatique inférieure gauche en sorte que, comme dans un cas rapporté par Rossi et Cova (8), cette artère et l'hépatique accessoire peuvent naître par un tronc commun détaché de la coronaire stomachique et fournissent des rameaux cardio-œsophagiens.

Plus rarement l'artère hépatique accessoire naît directement de la coronaire stomachique avant que celle-ci ait fourni les rameaux œsophagiens : cette disposition est considérée comme constante par Hyrtl (11), mais cependant nous la croyons beaucoup moins fréquente que la précédente, presque constamment, sur les sujets bien injectés, nous avons pu voir de petites artérioles venues du premier segment de la coronaire stomachique remonter dans la pars condensa de l'épiploon gastro-hépatique jusque vers le foie, mais dans deux cas seulement nous avons vu un

de ces rameaux prendre une importance notable et se distribuer nettement au parenchyme hépatique. Cloquet (38) figure dans son atlas un cas où l'artère hépatique accessoire née de cette façon atteignait à peu près les mêmes dimensions que l'artère hépatique vraie, et paraissait constituer le tronc principal d'où se détachait la coronaire stomachique. Hyrtl (11), Quain (7), Rolleston (19) Giacomini (16), Chomet (19), Jacquement (20), Rossi et Cova (8), ont observé plusieurs fois une disposition analogue.

Dans quelques cas enfin l'artère hépatique accessoire gauche peut se détacher soit du rameau œsophagien postérieur, soit de l'artère diaphragmatique inférieure gauche quand celle-ci naît de la coronaire stomachique : nous avons observé un cas où l'artère hépatique accessoire gauche ayant ce mode d'origine avait un volume à peu près égal à celui de la diaphragmatique.

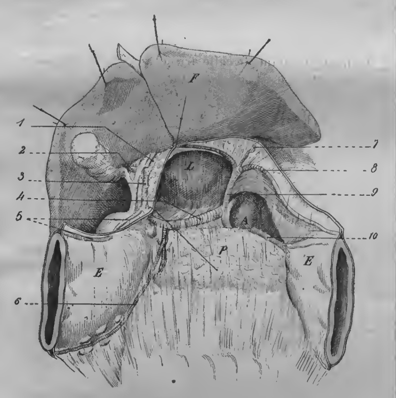


Fig. 1. — *Artère hépatique double*, une des branches venant du tronc cœliaque et l'autre de la coronaire gastrique.
1, 2, 3. Artère hépatique normale.
4. Portion horizontale de l'artère hépatique normale.
9. Artère coronaire gastrique.
10. Artère splénique.

A côté de ces artères hépatiques accessoires gauchee provenant de la coronaire gastrique ou de ses branches et qui, comme nous venons de le voir, existent presque constamment, on peut trouver dans le petit épiploon des artères hépatiques accessoires venant de l'artère splénique ou du tronc même de l'aorte (1), mais ces artères sont extrêmement inconstantes et n'atteignent un développement considérable que dans des cas exceptionnels : Rossi et Cova (8) rapportent cependant un cas où l'aorte fournissait une volumineuse branche hépatique accessoire destinée au lobe gauche du foie. Krause (21), Debierre (17), Poirier (6) Testut (5), signalent l existence d'artères hépatiques accessoires gauches venant de la splénique : Krause considère même ces branches comme à peu près constantes, et admet qu'assez souvent la splénique fournit une artère accessoire volumineuse remplaçant totalement la branche gauche de l'artère hépatique.

Quels que soient leur mode d'origine et leur volume, les artères hépatiques accessoires gauches du petit épiploon ont un trajet à un peu près constant : elles se dirigent en haut et à droite et traversent obliquement la partie la plus élevée de l'épiploon gastro-hépatique, tantôt en plein dans la pars condensa, tantôt un peu plus bas à l'union de la pars flaccida et de la pars condensa ; elles arrivent ainsi au foie qu'elles atteignent au niveau de l'extrémité gauche du sillon transverse, soit plus rarement en un point quelconque du sillon de la veine ombilicale ; là elles se divisent et leurs ramifications se distribuent à la capsule de Glisson et au parenchyme hépatique en se confondant bientôt avec les ramifications de l'artère hépatique principale avec lesquelles elles s'anastomosent largement.

Au lieu de ce trajet, Sappey figure dans son livre un cas où une artère hépatique accessoire venue de l'artère œsophagienne antérieure remontait verticalement dans le foie à gauche de l'épiploon gastro-hépatique et se distribuait à l'extrémité du lobe gauche du foie : nous n'avons constaté un trajet analogue sur aucun des sujets que nous avons pu examiner.

Parfois, au lieu de se distribuer directement au foie, une artère hépatique accessoire vient s'ouvrir dans la branche gauche de l'artère hépatique, c'est même là, d'après Hyrtl, la disposition normale.

2° *Les artères hépatiques accessoires du ligament duodéno-hépatique* sont moins constantes que celles de la pars condensa du petit épiploon, mais elles sont plus fréquemment susceptibles d'atteindre un développement considérable, et de jouer un rôle important dans la circulation du foie.

Ces artères peuvent provenir soit du tronc cœliaque, soit de la gastro-hépatique ou de ses branches, soit de la mésentérique supérieure, soit, beaucoup plus rarement, de la mésentérique inférieure, de la capsulaire ou de la rénale droite.

a) *Les artères hépatiques accessoires venant du tronc cœliaque* sont très inconstantes, souvent le tronc cœliaque fournit un ou plusieurs ramuscules très grêles qui remontent sous le péritoine et dans l'épaisseur du petit épiploon mais rarement ces rameaux arrivent jusqu'au foie et exceptionnellement ils prennent un développement appréciable : dans un seul cas nous avons vu une artère d'environ 2 millimètres de diamètre qui allait du tronc cœliaque au lobe droit du foie; cette artère se détachait du tronc cœliaque immédiatement au dessus de l'origine de l'artère coronaire gastrique et se portait vers le foie en suivant un trajet horizontal, puis descendant, parallèle à celui de l'artère hépatique ; dans sa première portion elle était située au dessus, dans sa deuxième à gauche de cette artère, enfin un peu au dessus du foie elle croisait ses deux branches de bifurcation pour atteindre le lobe droit du foie

Elworthy (22), Franz (23), Jacquement (20), Chomet (19) Giacomini (16), Rossi et Cova (8), ont vu de même le tronc cœliaque fournir une volumineuse artère hépatique accessoire, presque toujours cette artère hépatique accessoire était destinée au lobe droit du foie; dans le seul cas d'Elworthy elle était destinée au lobe gauche.

b) *Le tronc même de la gastro-hépatique* peut fournir presque dès son origine un rameau accessoire qui monte vers le hile du foie en cheminant dans le petit épiploon, à l'union de la pars flaccida et du ligament duodéno-hépatique ; ce rameau, qui existe environ 1 fois sur 3, est pres-

(1) Nous laissons ici complètement de côté les cas où, le tronc cœliaque n'existant pas, l'aorte fournit l'artère hépatique.

que toujours extrêmement grêle ; exceptionnellement il peut prendre une importance assez considérable. Même dans un cas, Rivero (24) l'a vu égaler le volume de l'artère hépatique principale; Rossi et Cova ont également observé un cas où l'artère gastro-hépatique fournissait à un centimètre au dessous de son origine un volumineux rameau accessoire destiné au lobe droit du foie ; dans ces deux observations il ne s'agissait pas d'une division prématurée de l'hépatique, car celle-ci présentait son trajet habituel et sa distribution normale.

Les rameaux hépatiques accessoires peuvent également provenir des branches de la gastro-hépatique, en particulier de l'artère gastro-duodénale. Rossi et Cova ont vu deux fois la gastro-duodénale fournir une artère accessoire destinée au foie, dans un de ces cas il s'agissait d'une petite artériole ; dans le second, au contraire, le rameau hépatique accessoire était si volumineux qu'il semblait une véritable bifurcation de la gastro-duodénale ; dans un cas de Kronlein (25) la gastro-duodénale très développée fournissait même deux volumineuses artères hépatiques accessoires.

La *pylorique* fournit constamment des rameaux épiploïques qui remontent dans le ligament hépato-duodénal parallèlement au flanc gauche de la gastro-hépatique et dont quelques-uns atteignent fréquemment le foie et s'y distribuent : un de ces rameaux peut prendre un développement plus considérable, Rossi et Cova ont vu deux fois des artères de volume appréciable monter de la pylorique, une fois au lobe gauche, l'autre fois au lobe carré du foie.

Les petits rameaux hépatiques accessoires peuvent encore se détacher des branches duodénales de l'artère pancréatico-duodénale ; de même, des rameaux ascendants que la gastro-épiploïque fournit pour le cholédoque peuvent remonter jusqu'au foie et s'y distribuer en constituant des artères hépatiques accessoires comme dans un cas de Giacomini.

c) Beaucoup plus importantes sont les artères hépatiques accessoires venant de la mésentérique supérieure ; nous avons pu observer deux fois des artères volumineuses allant de l'origine de la mésentérique au lobe droit du foie : Bichat, Geoffroy St-Hilaire (26) Sappey (1) Cruveilhier (4), Lemarquay et Parmentier, Quain (7), Haller (27), Sperino (28), Kunst (29), Wilde (30), Krause (21), Monguidi (31), Giacomini (16), Struthers (32), Hochestetter (33), Paviett (34), Dubreuil (35), Rolleston (18), Franz (23), Rossi et Cova (8), ont rapporté de nombreux cas analogues. En réunissant les résultats de leurs travaux, nous pouvons admettre que dans environ 1 cas sur 15 la mésentérique supérieure fournit une artère hépatique accessoire de volume appréciable.

Cette artère accessoire présente un trajet à peu près constant ; elle se détache du flanc droit de la mésentérique à une distance de son point d'origine qui peut varier de quelques millimètres à 8 centimètres ; le plus souvent elle constitue la première collatérale de la mésentérique ; plus rarement, croyons nous, elle naît par un tronc commun avec la pancréatico-duodénale inférieure. Sappey cependant ne signale que cette dernière origine qu'il considère comme fréquente. « Souvent, dit-il, le rameau anastomotique qu'envoie la mésentérique supérieure à la pancréatico-duodénale droite prend un développement considérable et poursuit son trajet ascendant pour se rendre au foie, il remplace alors l'artère hépatique ou bien constitue une artère hépatique surnuméraire.

Quelle que soit son orgine exacte, cette artère hépatique accessoire remonte un peu obliquement de bas en haut, de gauche à droite et un peu d'arrière en avant ; dans la première partie de son trajet elle est située derrière le pancréas entre cet organe et le fascia de Treitz ; plus haut elle remonte derrière la veine porte, entre cette veine et le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-hépatique qui limite en avant l'hiatus de Winslow ; l'artère arrive ainsi au sillon transverse du foie où elle occupe le plan le plus postérieur et se distribue d'ordinaire exclusivement au lobe droit, plus rarement au lobe gauche ou à toutes les parties du foie.

Au lieu de suivre le trajet que nous venons d'indiquer, l'artère une fois arrivée au-dessus du duodénum, peut contourner la veine porte pour se placer sur sa face interne à gauche de l'artère hépatique principale : c'est là une disposition intéressante, car elle rappelle celle que prend à peu près constamment la branche hépatique fournie par la mésentérique dans les cas où l'artère hépatique principale manque.

Assez fréquemment l'artère hépatique accessoire venue de la mésentérique supérieure fournit soit l'artère cystique, soit seulement un artère cystique accessoire, ces cas sont à rapprocher de ceux signalés par Brown et par Wilde dans lesquels l'artère mésentérique supérieure fournissait directement l'arbre cystique.

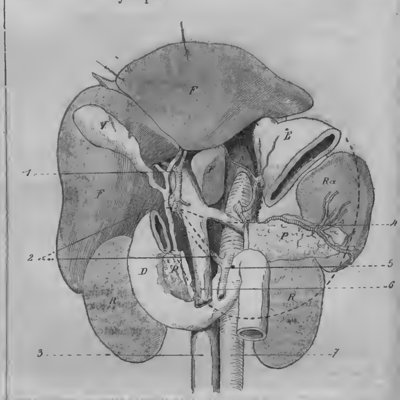


Fig. 2. — Artère hépatique fournie par la mésentérique inférieure (présentée à la Société anatomique en octobre 1909).

1. Terminaison de l'artère hépatique venue de la mésentérique.
2. Origine de l'hépatique sur la mésentérique supérieure.
3. Veine cave inférieure.
4. Artère splénique.
5. Artère mésentérique supérieure.
6. Veine mésentérique supérieure.
7. Aorte.

d) Les artères hépatiques accessoires venant de la mésentérique inférieure, de la capsulaire ou de la rénale droite sont beaucoup plus rares que les précédentes. Nous avons rencontré un seul sujet chez lequel une petite artère naissait de la rénale droite au niveau de la bifurcation et montait presque verticalement d'abord derrière le pancréas, puis derrière la veine-porte jusqu'au sillon

transverse du foie et se distribuait au lobe droit. Debierre (17), Kunst (23), Testut (5) Poirier (6), Albarran (36), signalent des cas analogues.

Theile (12) a vu une artère hépatique accessoire naître de la capsulaire, et Hyrtl, de la spermatique droite. Quain (7), Debière (17), Cavasse (37), Testut (5), Poirier (6), ont vu la mésentique inférieure fournir des rameaux hépatiques.

En résumé, nous voyons que de nombreuses artères hépatiques accessoires existent d'une façon à peu près constante et peuvent provenir de toutes les artères qui avoisinent le foie.

Le plus souvent (deux tiers des cas), ces artères hépatiques accessoires sont extrêmement grêles, elles ne peuvent être vues qu'après une bonne injection, et ne jouent qu'un rôle insignifiant dans la circulation du foie ; dans environ un tiers des cas, au contraire, une ou plusieurs de ces artères présentent un calibre assez considérable. Ce développement anormal se rencontre presque exclusivement sur les artères de l'épiploon gastro-hépatique, les artères diaphragmatiques inférieures, parombilicales et cystiques restant presque toujours extrêmement grêles. A ce point de vue, les artères de beaucoup les plus importantes sont celles fournies par la coronaire stomachique, qui, dans environ 1 cas sur 4 sont assez développées pour jouer un rôle important, dans la nutrition du foie, ensuite viennent les artères fournies par la mésentérique supérieure qui dans 1 cas sur 10 environ présentent des dimensions appréciables.

Ce développement d'artères hépatiques accessoires volumineuses s'accompagne d'ordinaire de modifications importantes de l'artère hépatique principale ; le plus souvent, l'artère hépatique persiste avec sa distribution normalemais son volume est notablement diminué, la diminution portant ordinairement sur sa branche gauche en cas d'artère accessoire fournie par la coronaire gastrique, surtout sur la branche droite en cas d'artère hépatique accessoire fournie par la mésentérique. Plus rarement, une des branches de l'hépatique normale disparaît totalement, en sorte que le foie possède deux artères l'une se distribuant au lobe droit, l'autre au lobe gauche : ainsi Cloquet (38), Dubreuil (35), Monguidi (31), Sperino (28), Giacomini (16), Rolleston (18), Quain (7), Franz (23), ont vu deux artères hépatiques, l'une venant du tronc cœliaque et se distribuant au lobe droit l'autre venant de la coronaire gastrique et se distribuant au lobe gauche du foie.

Haller (27) et Cuveilhier (4) ont vu le foie vascularisé par deux artères sensiblement égales venant l'une du tronc cœliaque, l'autre de la mésentérique supérieure, Monguidi (31), Giacomini (16), Geoffroy-Saint-Hilaire (26), Struthers (32), Hochstetter (33), Paviett (34), Quénu (40) et Wiart, (41) ont rapporté des observations analogues ; dans un cas de Wiart, l'artère hépatique normale se distribuait exclusivement à la partie gauche du foie, tandis que le lobe droit était nourri par une artère venue de la mésentérique supérieure et anastomosée avec l'hépatique.

Parfois il y a coexistence de deux artères hépatiques accessoires volumineuses en sorte que le foie est vascularisé par trois artères, les artères accessoires étant alors capables de dépasser le calibre de l'artère normal : ainsi Cruveilhier a vu dans un cas trois artères hépatiques sensiblement égales venant, l'une de la coronaire gastrique, l'autre de la mésentérique supérieure, la troisième du tronc cardiaque; Dubreuil (35) Sperino (28), Monguidi (31), Rolleston (18) Franz (23), ont rapporté des cas analogues.

Enfin dans quelques cas l'artère hépatique normale n'existe pas, en sorte que le foie est nourri exclusivement par une ou plusieurs artères hépatiques accessoires anormalement développées. Cruveilhier a vu le foie vascularisé par deux artères venant l'une de la coronaire gastrique, l'autre de la mésentérique supérieure, Franz (23), rapporte un cas analogue ; dans un autre cas de Cruveilhier (40), dans quatre rapportés par Rossi et Cova (8) l'artère hépatique était fournie exclusivement par la mésentérique supérieure, de même Struthers (32) Farabœuf (39) et Quain (7), ont vu la gastro-hépatique avec toutes ses branches venir de la mésentérique supérieure tandis que la coronaire gastrique et la splénique venaient de l'aorte, cette disposition existait également dans le cas que nous avons figuré plus haut (fig. 2).

Indications bibliographiques des auteurs cités.

1. Sappey. — Traité d'anatomie descriptive.
2. Signerolles (de). — Thèse de Paris, 1869.
2 *bis* Cavalié et Paris. — Société de biologie de Paris, mai 1900.
3. Turner. — *Journal of. anat.*, 1877.
4. Cruveilhier.—Traité d'anatomie descriptive, t. III, p. 66.
5. Testut. — Traité d'anatomie descriptive, t. IV, p. 306 et II, p. 188.
6. Poirier et Charpy. — Traité d'anatomle, t. p. 969.
7. Quain. — Eléments of anatomy et The anatomy of the arteri s of the human body, 1844.
8 Rossi et Cova. — *Archivia italiana di analomie e di embriologia*, 1904.
9 Winslow — Anatomic du corps humain.
10 Sabatier — Traité d'anatomie, 1775.
11 Hyrtl — Die Corrosiors. Anatomie, Wien, 1873.
12 Theile — Traité de myologie et d'angéiologie.
13 Romiti — Trattato di anatomia dell'uomo.
14 Tolatt. — Deustsch der Kœn. Anat. der Wissenschaiften zu Wien, 1879 et 1889.
15. — Henle. — Traité d'anatomie.
16. — Giacomini. — Notes sur l'anatomie du nègre. *Giornale della R. Academ. di Medicina, di Torino*, 1882, 1887, 1892.
17. Debierre. — Traité d'anatomie humaine, t. II, p. 571.
18. Rolleston. — *Journal of anat. and physiol*, vol. XXIV, 1889.
19. Chomet. — Société anatomique de Paris, 1897.
20. Jacquement. — *Marseille médical*, 1894.
21. Krause. — Die Anatomie des aninshens in topographischer und operativer Ruiksicht, Leipzig, et in Anatomie de Henle.
22. Chwothy. — *Journ. of. anal. und physiol*, vol. XXV, 1891.
23. Franz. — *Analomischer Anzeiger*, novembre 1896.
24. Rivero. — Klinische und topographisch anatomische Beitrag zur Chirurgie des Pankreases, 1895.
25. Krönlein. — *Gaz. médicale de Caracas*, 1896.
26. Geoffroy Saint-Hilaire. — Histoire générale des anomalies de l'organisation.
27. Haller.— Zabulie arteriae cœliacœ Iahrbuch Anatomiere, 1736.
28. Sperino. — *Giornale della R, Acad. di Med, di Torino* 1879.
29. Kunst. — Cité par Poirier, p. 777.
50. Wilde. — Id. p. 775.
31. Monguidi. — Topographia dei principali vassi viscerali dell aorta abdominale, Milan, 1893.
32. Struthers. — *Journ, of. anal. und. physiol.*, voi. XXVII, 1892.
33. Hochstetter.— *Archiv. f. Anatomie und Physiolie*, 1886.
35. Dubreuil. — Des anomalies artérielles, Paris, 1877.
36. Albarran. — Anatomie chirurgicale du rein, p. 51.
37. Cavasse. — Cité par Poirier, p. 780.
38. Cloquet. — Altas d'anatomie humaine.
39. Farabœuf. — *Progrès médical*, 1885.
40. Quénu. — Anatomie du cholédoque, *Revue de chirurgie*, 1895.
41. Wiart. — Thèse de Paris, 1899. et *Revue de Gynécologie*, 1899.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des « Cliniques médicales » du Pr Dieulafoy

Tout le monde déplore le prochain départ du Pr Dieulafoy, qui va quitter, à la fin de l'année, la Clinique de l'Hôtel-Dieu — la chaire de Trousseau — qu'il occupait avec tant d'éclat.

Précisément, le savant Maître vient de publier, en un 6e volume, ses leçons de 1909 : ceci nous est une occasion d'analyser, non pas leur très grande valeur scientifique, mais uniquement leur facture littéraire, et de rechercher la cause de leur extraordinaire succès.

Les leçons qui viennent de paraître ont, en effet, la même « façon » que les précédentes, et aussi que cette admirable Petite Pathologie Interne, qui fut le livre de chevet de notre génération et qui nous a si souvent délassés, à la fin d'une soirée monotone, des arides et ennuyeux classiques. Ce qui distingue, avant tout, les unes et les autres, au point de vue littéraire, c'est un véritable talent scénique, que bien des hommes de théâtre pourraient envier.

Dans le dernier recueil de Cliniques, une leçon est intitulée : le *Drame pancréatique*. Nul mot n'évoque mieux l'art avec lequel le maître nous fait assister à des scènes cliniques, agite devant nos yeux les malades en guise d'acteurs, toute description morbide devenant une tragédie qui se déroule devant le spectateur, l'intéresse, l'amuse, l'émeut, se gravant ainsi fortement dans sa mémoire.

Si l'on analyse, par exemple, une de ces Cliniques, comme celle du fameux pathomime de l'Hôtel-Dieu (qui s'était fait couper un bras et se serait fait couper l'autre plutôt que d'avouer la supercherie, sans cause, de ses escharres), on voit que tout converge vers l'effet scénique à obtenir, vers l'exposition, le développement et le dénouement d'une action dramatique. Les personnages sont présentés en raccourci, par quelques traits saillants et inoubliables : ils entrent, saluent, causent, pirouettent et sortent, côté cour ou côté jardin. L'interrogatoire a le cliquetis rapide d'un dialogue, à la 3e du deux ; questions et réponses s'entrecroisent, typiques, pittoresques, définitives, dans une langue qui n'est ni pompeuse, ni même académique souvent, mais alerte, vivement menée, passant la rampe, avec ce raccourci de la scène (ou de l'amphithéâtre) qu'exige le peu de temps dont on dispose.

Et, pour quiconque a entendu le Maître, c'est aussi l'intonation, le geste, l'allure, qui font de ces dialogues cliniques de véritables jeux de scène.

Dans la marche du drame, rien d'inutile, rien de superflu : en quelques minutes, on est en pleine action ; les faits se compliquent, se bousculent ; les diagnostics se corsent, s'embarrassent, deviennent hésitants ; l'intrigue s'embrouille à ce point qu'on a quelque inquiétude sur le dénouement. Mais, bientôt, tout s'éclaircit : le mercure, le chirurgien entrent en scène : l'aveu surgit, timide et rougissant ; la scène à faire se déroule, admirablement machinée. Enfin, le dénouement apparaît, souvent heureux, parfois dramatique, mais toujours logique, limpide, inévitable, et le rideau s'abaisse parmi les applaudissements.

Cette puissance scénique, qui extériorise et anime la moindre description, qui ramasse, en quelques minutes, sous les yeux du spectateur, toute une tranche de vie, n'est-ce pas, au plus haut point, la qualité maîtresse du dramaturge ? Mais n'est-ce pas aussi l'art souverain de l'enseigneur, qui veut, par la vue et par l'ouïe, fixer, en quelques traits indélébiles, dans le cerveau de ses élèves, des scènes cliniques auxquelles ils n'ont pas assisté ?

Nul peut-être, parmi nos grands Cliniciens, n'a possédé pareil tempérament scénique, pareille puissance d'évocation : nul n'a eu, par là-même, pareille emprise sur son auditoire.

Si l'on voulait caractériser, d'un mot, la « manière littéraire » des grands Maîtres de la Médecine (et abstraction faite de leur œuvre scientifique), on admirerait l'intensité de vie et l'éloquence des descriptions de Trousseau (que, par tant de points, rappelle son élève) ; on admirerait l'originalité et le scintillement brillant de la phrase de Lasègue, la vigueur de conception et la poésie philosophique qui se dégagent de l'œuvre de Bouchard, l'ironie discrète et spirituelle de Debove. La qualité littéraire que l'on admirerait le plus, en Dieulafoy, serait, peut-être, sa puissance scénique d'évocation. CLAP.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement local d'un cas de lupus tumidus non exedens.

(Leçon du lundi du Dr BROCQ recueillie par M. LUTEMBACHER)
(Interne à Saint-Louis).

Il n'y a pas un lupus vulgaire ; il n'y a pas une méthode de traitement du lupus vulgaire, mais il y a des formes diverses de cette affection qui, suivant les localisations qu'elles affectent, suivant leur aspect, leur étendue, réclament des moyens thérapeutiques divers : c'est l'examen précis seul des lésions qui permet de fixer la ligne de conduite que l'on doit suivre. Au point de vue clinique, on doit distinguer dans le lupus vulgaire deux grandes catégories de faits.

Dans l'une rentrent les lupus qui s'ulcèrent spontanément, ce sont les lupus dits exedens. Ils peuvent être parfois profondément destructifs, rongent le nez, les paupières, les lèvres ; leurs photographies montrent des lésions énormes, parfois effroyables ; mais, malgré leur aspect menaçant, lorsqu'ils sont traités convenablement, ils sont relativement faciles à guérir par d'assez nombreuses méthodes, parfois même par des procédés bien simples, comme des applications de solutions de permanganate de potasse, d'acide pyrogallique, d'emplâtre de Vigo, etc. ; c'est le triomphe de tous les moyens thérapeutiques que l'on veut lancer, et la comparaison des photographies avant et après le traitement est ici des plus suggestives.

Dans l'autre catégorie rentrent les lupus qui n'ont pas de tendance spontanée à l'ulcération : on les appelle les lupus non exedens. Ils ne produisent pas de grands délabrements apparents ; ils conservent la forme générale des portions envahies, mais s'ils ne sont pas destructeurs, lentement, en tache d'huile, ils s'étendent pour gagner parfois toute la figure, en infiltrant plus ou moins profondément les tissus. Ils sont des plus rebelles à la thérapeutique, et les photographies sont ici infiniment moins suggestives, car elles mettent mal les lésions en évidence,

et par suite, les modifications qu'elles peuvent subir par suite du traitement sont très peu appréciables sur épreuves.

Le malade que je vous présente est atteint d'un de ces lupus tumidus non exedens. Les lésions ont fait leur première apparition il y a six ans ; elles ont débuté sur le front au-dessus du sourcil gauche et lentement elles se sont étendues pour atteindre le côté opposé et descendre sur la racine du nez. C'est une lésion bien limitée, surélevée dans son ensemble, rouge violacé, avec infiltration profonde des tissus, mais de consistance molle ; le scarificateur pénètre facilement dans l'infiltrat. On ne peut guère voir ici de tubercule lupique isolé bien net sous la forme d'un grain de mil jaunâtre, translucide, sucre d'orge ; nous nous trouvons en présence d'une infiltration en nappe, extrêmement tassée, comme turgescente, tout en étant facile à dilacérer avec une pointe d'instrument.

C'est d'ailleurs cette consistance spéciale de l'infiltrat qui est un des meilleurs arguments contre l'hypothèse d'une lésion de nature syphilitique, à laquelle pourrait faire songer à la rigueur le bord inférieur de la nappe morbide qui offre une conformation circinée assez nette avec bourrelet nettement arrêté et légèrement saillant.

De plus l'affection remonte à 6 ans et une syphilide tertiaire de cette durée aurait fait d'autres ravages.

Il s'agit donc bien ici d'un lupus tumidus non exedens que l'on peut considérer comme étant une véritable pierre de touche des bonnes méthodes thérapeutiques. Cependant quand on regarde ce malade de fort près, on observe à la racine du nez, sur le pourtour de la lésion, des petites croûtes qui recouvrent de minimes ulcérations.

En pratiquant le grattage méthodique on provoque avec une certaine facilité l'apparition de petites hémorrhagies.

Ce n'est donc pas une des expressions les plus pures du lupus tumidus non exedens ; il y a en certains points une petite tendance à la désintégration du tissu morbide, et c'est là un point favorable pour le traitement.

En effet, le pronostic du lupus non exedens absolument typique est relativement assez sérieux à cause de sa résistance toute particulière aux traitement locaux, à cause de son évolution lente, mais graduellement progressive et que l'on a toutes les peines du monde à enrayer, enfin, et ceci est un point peu connu, par la possibilité de l'apparition, chez des sujets qui en sont atteints, d'accidents de tuberculose générale des plus graves.

Pendant ma carrière déjà longue de dermatologiste, j'ai eu à lutter surtout contre deux de ces lupus tumidus non exedens que j'appellerais vraiment intractibilis.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme qui, malgré toutes les médications tentées, soit chez les dermatologistes du plus haut renom, soit chez les charlatans, après avoir essayé toutes les pommades, tous les caustiques, les scarifications, l'électrocautérisation, etc. avait vu son lupus envahir progressivement en 20 ans toute la figure.

C'était une vaste nappe infiltrée, presque éléphantiasique, d'un rouge vif, surtout turgescente vers les bords : nulle part il n'y avait de tendance à l'ulcération spontanée. De temps en temps, sans cause appréciable, la malade était prise de malaises, de frissons, d'une réaction fébrile notable, en même temps le tissu lupique devenait encore plus rouge vif, plus tendu ; il se tuméfiait, prenait un aspect érysipéloïde, était le siège de sensations de brûlures, de cuissons, de battements des plus pénibles. Après une durée plus ou moins longue, qui variait de quelques jours à une semaine et plus, tout rentrait progressivement dans l'ordre. Quand tous ces symptômes étaient calmés, on s'apercevait parfois que les parties centrales étaient un peu plus blanches, qu'il s'y était développé un peu de tissu scléreux dans lequel transparaissaient des tubercules lupiques enchâssés, mais par contre le mal avait notablement gagné à la périphérie et avait ainsi subi une véritable phase aiguë d'extension. Il semblait en somme que chez cette malade il se faisait spontanément de véritables décharges de tuberculine, car tous les symptômes observés étaient analogues à ceux que provoque chez un lupique une infection de tuberculine ancienne. Lorsqu'au congrès de 1900 les médecins danois vinrent nous apporter à Paris les beaux résultats de la finsenthérapie dans le traitement du lupus vulgaire, je leur montrai cette malheureuse, leur demandant s'ils voulaient entreprendre de la guérir par cette méthode : ils refusèrent de l'essayer. Deux ans plus tard cette malade succombait emportée par une péritonite tuberculeuse d'une intensité inouïe compliquée à la fin de phénomènes cérébraux.

Dans le 2e cas il s'agissait d'un homme âgé d'environ 45 ans qui, depuis l'âge de 30 ans, avait vu évoluer lentement un lupus tumidus non exedens typique de la face. Ici aussi toutes les médications tentées étaient restées impuissantes; à la suite de massages vigoureux de la face pratiqués en ville avec une pommade résorcinée : il se développa chez lui une granulie qui l'emporta en quelques jours.

Vous savez que certains dermatologistes ont voulu mettre ces infections viscérales qui s'observent dans certains cas de lupus vulgaires sur le compte des scarifications linéaires quadrillées. Les deux malades dont je viens de vous parler ne faisaient plus de scarifications depuis de longues années quand ils sont morts. Ils employaient d'autres médications. Ces accusations que l'on a formulées contre les scarifications sont purement théoriques.

J'ai fait dans le lupus vulgaire plus de scarifications qu'aucun autre dermatologiste vivant, je déclare hautement n'avoir jamais observé de semblables complications. Tous ceux qui suivent le service peuvent constater par eux-mêmes que les malades que nous scarifions ne voient en aucune façon leur santé générale s'altérer.

Que pouvons-nous faire chez notre malade et quelle méthode devons-nous employer chez lui ?

L'emplâtre de Vigo, les emplâtres à l'acide pyrogallique et à l'acide salicylique, les applications de permanganate de potasse, les divers caustiques que l'on a préconisés, etc.... peuvent améliorer certains lupus exedens ; mais on les emploie surtout comme adjuvants d'autres traitements plus actifs.

La scarification linéaire quadrillée donne les plus beaux résultats dans les lupus vorax, en particulier dans ceux des narines et du bout du nez. Sans entrer dans le détail des principes d'une bonne scarification je vous dirai seulement que pour le lupus tuberculeux la scarification doit être éminemment intelligente, rapide, irrégulière : avec son scarificateur à une seule lame, tenu comme une plume à écrire, il faut délacérer en tous sens le tissu lupique, ressauter sur ce qu'il faut épargner, plonger dans ce qu'il faut fouiller ; ce sont les sensations de mollesse et de dureté que l'on éprouve au bout de l'instrument qui doivent guider la main de l'opérateur.

En effet, si vous considérez une coupe schématique de téguments infiltrés de lupus vulgaire, vous voyez que la matière lupique y est déposée d'une manière irrégulière ;

dès lors si vous faites, comme malheureusement certains dermatologistes le pratiquent, des scarifications linéaires quadrillées géométriquement méthodiques, régulières, vous voyez que vous laissez fatalement ainsi complètement intacts des points qui gardent toute leur activité.

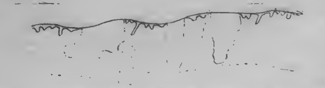


Fig. 1. — Schéma montrant la répartition essentiellement irrégulière des nodules lupiques, situés à des profondeurs très variables.

On peut d'ailleurs adresser un reproche analogue à l'électrocautérisation telle qu'on la pratique dans la plupart des cas. Les pointes d'électrocautère laissent intacts la plupart des diverticules et des prolongements de la

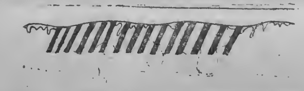


Fig. 2. — Scarification régulière qui n'atteint pas tous les foyers lupiques.

matière lupique. Par contre, la destruction en masse des tissus par le cautère actuel est suivie d'excellents effets thérapeutiques, mais au point de vue qualité de cicatrice, les résultats sont presque toujours déplorables.

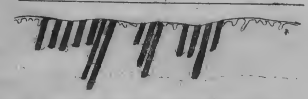


Fig. 3. — Scarification irrégulière détruisant tous les foyers lupiques.

Je ne crois pas que nous puissions ici utiliser la scarification.

Cette méthode est vraiment d'une efficacité bien médiocre dans le lupus tumidus non exedens. Pour obtenir avec elle quelques modifications de la néoplasie, il faut la hacher profondément en tous sens, la réduire en quelque sorte en bouillie, puis panser avec des emplâtres de Vigo ou avec des emplâtres à l'acide pyrogallique, ou à la résorcine, ou à la créosote. Mais même en agissant ainsi les résultats sont d'une désespérante lenteur.

J'en dirais presque autant de l'électrocautérisation ; cependant je pense que l'on pourrait ici utiliser dans une certaine mesure ce procédé comme méthode adjuvante pour désagréger quelque peu la masse morbide et permettre de l'attaquer ensuite plus aisément par le raclage dont je vais vous parler dans un instant.

L'ablation chirurgicale est le traitement de choix des tout petits lupus au début ; malheureusement ici elle ne peut être pratiquée ; il faudrait enlever la peau de presque tout le front, des sourcils, de la rainure du nez et une partie des paupières supérieures ; je ne vois pas comment on pourrait arriver à réparer une pareille perte de substance.

La radiothérapie peut donner quelques résultats dans les lupus tumidus non exedens exubérants, en affaissant les lésions, mais il faut lui associer d'autres méthodes thérapeutiques. Il serait à la rigueur possible ici de faire d'abord quelques séances de rayons X pour faciliter l'action des autres procédés, malheureusement nous sommes limités par le temps, car le malade ne peut rester que quelques semaines à l'hôpital, et il nous faut agir vite.

La photothérapie, lorsqu'elle est bien appliquée, donne de très beaux résultats dans la plupart des lupus vulgaires.

Quand on a le temps de l'employer, c'est le traitement de choix dans les lupus étendus des joues, des tempes, du front, lorsqu'il faut agir profondément, et surtout lorsque les tissus malades reposent sur un plan résistant où la compression des tissus est facile. Est-il besoin d'ajouter que l'on ne doit pas appliquer à tous les lupus cette méthode quelque excellente qu'elle soit.

J'ai vu traiter pendant de longs mois par ce procédé des lupus vorax du nez que quelques scarifications auraient bien autrement modifiés. D'ailleurs la plupart de ceux qui savent manier la finsenthérapie la combinent fort souvent avec d'autres procédés. Il est incontestable que dans le cas qui nous occupe, ce serait bien la photothérapie qu'il faudrait tout d'abord employer ; mais comme nous venons de vous le dire, le malade ne dispose que de fort peu de temps pour se faire traiter et, pour obtenir un résultat dans ces formes de lupus il faut de fort nombreuses séances de lumière. Vous le voyez, messieurs, nous nous trouvons en présence d'une véritable difficulté thérapeutique.

Il ne nous reste plus guère, étant donnés l'étendue du mal, sa forme si spéciale et si rebelle, le peu de temps dont le sujet peut disposer, qu'un seul mode de traitement ; c'est le raclage chirurgical, pratiqué sous le chloroforme avec tous les soins rigoureux de l'asepsie : il sera vigoureux, profond, aussi complet que possible. On se servira tout d'abord d'une grosse curette avec laquelle on enlèvera le plus possible de tissus malades en dépassant d'un centimètre la limite des lésions, puis avec de très fines curettes on poursuivra tous les petits foyers lupiques, tous les prolongements de la néoplasie et on s'efforcera de les énucléer aussi complètement que possible. On pratiquera l'hémostase : on recherchera de nouveau si on a bien attaqué tout le tissu morbide, puis on cautérisera soigneusement toute la surface à vif, toutes les anfractuosités avec du chlorure de zinc au dixième et on fera un pansement iodoformé. Quand la cicatrisation sera obtenue on refera avec le plus grand soin un deuxième raclage analogue au premier, en agissant sur tous les tissus suspects encore visibles, ce qui sera beaucoup plus facile que lors de la première intervention. Puis on recommandera au malade d'appliquer pendant longtemps des emplâtres de Vigo, ou à l'acide pyrogallique ou à la résorcine et à la créosote ou bien de faire des applications de solutions de permanganate de potasse.

Plus tard ce malade devra revenir pour être surveillé et on pratiquera des scarifications ou des cautérisations ignées sur les points isolés qui auront repris de l'activité.

Vous voyez qu'en thérapeutique il faut être éclectique et savoir choisir la méthode qui convient au cas particulier qui vous occupe. Vous devez donc commencer par étudier avec soin vos malades et discuter leur traitement au lieu de toujours recourir à un seul et même procédé. Souvenez-vous donc des principes suivants :

Quand il s'agit d'un petit lupus vulgaire au début, pratiquez-en l'ablation chirurgicale totale toutes les fois que c'est possible. Quand il s'agit d'un lupus étendu des joues, du front, des tempes, faites de la photothérapie. Quand la photothérapie n'est pas possible, tâchez de pratiquer le raclage chirurgical avec cautérisation consécutive et pansement iodoformé. Quand il s'agit de lupus des orifices, quand il s'agit surtout du lupus vorax employez les scarifications linéaires quadrillées. Mais surtout n'hésitez pas à combiner ces diverses méthodes, à faire, comme je l'ai conseillé dès 1886, de la méthode mixte dès que vous voyez qu'une première médication, même rationnelle, ne donne pas les résultats satisfaisants.

L'ACTUALITE MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Quelques particularités cliniques des récentes épidémies de paralysie infantile de Breslau, de Hamm et de Vienne.

Ce qui frappe d'emblée dans l'étude de l'épidémie de paralysie infantile étudiée par Foerster (1) à Breslau, c'est la prédominance qui revient dans le tableau clinique au syndrome méningitique. On serait tenté de considérer un grand nombre des 50 petits malades dont il nous rapporte les observations comme atteints de méningite cérébro-spinale, si Foerster, pour répondre à nos doutes, ne nous fournissait les résultats de la ponction lombaire. Il affirme n'avoir constaté chez ces malades qu'un liquide clair, quoi qu'à très forte pression, ne renfermant que de rares lymphocytes, et dans lequel l'agent infectieux n'a pas été décelé. C'est ainsi que très souvent les enfants ultérieurement frappés de paralysie présentaient au début de la maladie, en outre des vomissements et de la céphalée, symptômes d'infection banale, de la raideur de la nuque très accusée coexistant avec une douleur très vive de la région, spontanée et provoquée par les mouvements. Le signe de Kernig était fréquent et on a pu constater, en même temps qu'une constipation opiniâtre, la rétraction du ventre « en bateau ». La rachialgie et l'opisthotonos complétaient encore le tableau de la méningite aiguë.

Ces symptômes, loin d'être fugaces, comme cela est assez habituel, ont pu persister pendant plusieurs semaines, constituer à eux seuls toute la symptomatologie de la maladie, et faire hésiter le diagnostic qui ne se basait que sur les résultats négatifs de la ponction lombaire et la notion d'épidémicité. Cette longue persistance des réactions méningées s'est manifestée de façon fort intéressante chez deux malades chez lesquels la raideur de la nuque avait été masquée par une paralysie des muscles de la nuque survenue ultérieurement; cette raideur réapparut lorsque la paralysie céda, chez un des malades au bout de 5 semaines, chez l'autre au bout de 10.

Ces mêmes symptômes méningitiques ont été observés, mais bien moins souvent, par Krause (2) dans l'épidémie de Westphalie sévissant surtout à Hamm et portant sur une centaine d'enfants, et dans l'épidémie qui s'étend progressivement à Vienne depuis quelques années et dont Neurath (3) recueille les observations.

Krause, qui a fait une dizaine d'autopsies, a trouvé du reste d'une façon constante une leptoméningite légère, même dans les cas ou cette méningite avait cliniquement passée inaperçue.

***

En dehors des méninges, de nombreux symptômes ont prouvé que le bulbe, le cervelet, la protubérance, les formations grises centrales pouvaient être atteintes en même temps que la moelle et que l'ancienne paralysie spinale infantile devrait être autrement dénommée : paralysie infantile épidémique, comme le propose Krause, ou mieux encéphalopolymyélite épidémique, comme le voudrait Neurath.

C'est ainsi que Krause a observé chez un enfant de 4 ans une démarche très nette d'ataxie cérébelleuse coïncidant avec une paralysie faciale. Chez un autre, il a vu survenir isolément la paralysie du muscle abducteur de l'œil droit. Foerster a pu constater chez un enfant de 3 ans une paraplégie double, cédant rapidement à droite, avec clonus du pied et signe de Babinski des deux côtés, forte contracture des fléchisseurs plantaires à gauche, sans aucun symptôme de paralysie musculaire. Il s'agissait évidemment d'une lésion en foyer sous-corticale, localisée par suite dans le lobule para-central.

Une autre série de symptômes, constants surtout dans l'épidémie de Breslau, prouvent une fois de plus que même dans la moelle, les lésions sont loin de rester cantonnées dans les cornes antérieures et de justifier davantage la dénomination de polymyélite antérieure. L'atteinte de la voie pyramidale s'est manifestée par l'exagération des réflexes tendineux, surtout patellaires, le clonus du pied et le signe de Babinski. Ce dernier signe a pu manquer parfois quelques heures et même quelques jours et ensuite réapparaître. Foerster l'a rencontré très fréquemment, comme Krause et comme Neurath, qui l'a vu coexister avec une paralysie localisée du bras. Il a une grande valeur diagnostique et persiste très longtemps. Chez les jeunes enfants au-dessous de 3 ans, qui le présentent normalement, il est difficile à rechercher ; on ne peut également pas le mettre en évidence si le long extenseur de l'orteil est paralysé. L'abolition des réflexes ne doit donc plus être considérée comme un des caractères de la paralysie infantile. Les réflexes ne sont abolis que dans les muscles paralysés.

Les paralysies transitoires survenues au cours de ces épidémies n'ont pas présenté de caractère bien spécial. Toutefois, Foerster insiste sur le fait que, dans de nombreux cas, elles ont progressé très lentement et n'ont pas atteint leur maximum d'extension aussi rapidement qu'on le signale ordinairement. Deux fois, elles ont mis 12 jours à se généraliser. Il a été frappé de constater que le pied était rarement intéressé dans cette épidémie qui ne se localisait pas sur le groupe péronier, mais le plus habituellement aux muscles de la cuisse.

Comme formes peu communes, il a noté la paralysie isolée du fléchisseur propre de l'index dans 2 cas, des muscles intercostaux d'un seul côté) du diaphragme. C'est à cette dernière paralysie, symptôme unique de l'infection, qu'il attribue la mort subite, précédée de troubles respiratoires, d'un bébé âgé d'un an dont la sœur était depuis 8 jours, frappée de paralysie des membres inférieurs. C'est dans la paralysie des muscles abdominaux que Foerster voit l'origine de la constipation opiniâtre qu'il a vue survenir presque constamment et remplacer la diarrhée du début, qu'il a, tout comme Krause, observée dans la majorité des cas ; c'est elle qui, pour ce dernier, traduit la localisation gastro-intestinale primitive et marque l'en-

(1) Foerster. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1909, n° 49.
(2) Krause. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1909, n° 42.
(3) Neurath. — *Wiener klinische Wochenschrift*, 1909, n° 37.

trée du virus paralytique dans les voies digestives, desquelles il diffuserait ensuite sur les centres nerveux.

Méningite cérébro-spinale ambulatoire.

Quoique les formes ambulatoires de la méningite cérébro-spinale soient bien connues, on n'a que fort rarement l'occasion de les observer. La diversité des symptômes par lesquels elle se manifeste dans ces formes fait l'intérêt de chaque nouvelle observation et en particulier de celle de Gérome (1), où le début d'une méningite cérébro-spinale a présenté l'allure d'une méningite tuberculeuse.

Un jeune homme de 23 ans est pris subitement, après une promenade en bicyclette, de céphalée, de vomissements, de douleurs musculaires. Il présente ensuite ces mêmes symptômes d'une façon très intermittente, deux, trois fois par semaine en même temps que des accès fébriles et de vives douleurs dans la nuque. A un moment, il remarque même de grandes taches rouges sur le corps qui disparaissent rapidement. Pris de céphalée presque tous les soirs, couvert de sueurs la nuit et très abattu le matin, il vaque cependant à ses occupations de bureau pendant près de trois mois. Les médecins qu'il consulte ne peuvent le soulager et, se voyant amaigri de 15 kg., il se décide à se rendre à la clinique de Gérome, à Wiesbaden.

***

Le malade, apparemment bien portant le jour de son arrivée, ne présente comme symptômes pathologiques qu'une grosse rate et une température à 37,8. Mais le même soir, il se sent mal, la température monte à 39,9, le pouls à 100, il se plaint de céphalée et de vives douleurs dans la nuque. Pendant plusieurs jours, on pense être en présence d'une septicémie chronique. Le 7e jour, les vomissements, la céphalée, l'apparition d'une légère raideur de la nuque, du signe de Babinski et du signe de Kernig sont l'occasion d'une ponction lombaire qui ramène un liquide purulent chargé de méningoccoques. De nouveau, les accidents s'atténuent, les malaises ne se font sentir que le soir et pendant plus de 15 jours, on a les plus grandes peines à tenir le malade au lit durant la journée.

Le 17e jour de son arrivée, le malade offre enfin tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale qui se manifeste comme très grave pendant plus de 2 mois. Le degré de la raideur de la nuque, de l'opisthotonos et du Kernig, les contractures cloniques et toniques de tout le système musculaire, les intermittences de la respiration et du pouls qui ont conduit jusqu'au collapsus, rendent le pronostic fort sombre. Mais cette période est elle-même entre coupée d'heures, puis de jours apyrétiques, pendant lesquels tous les symptômes de maladie ont apparemment disparu, pour reprendre ensuite bruyamment. La convalescence est encore troublée par 4 jours pendant lesquels le malade est dominé par un délire de persécution. Enfin, 4 mois après son admission à la clinique, 6 mois après le début des accidents, le malade sort complètement guéri.

Seule, ici, l'apparition de l'exanthème dès le début des accidents eût pu faire soupçonner au clinicien la possibilité d'une méningite cérébro-spinale, plutôt que d'une méningite tuberculeuse.

Du reste, cet exanthème prodromique précédant de plusieurs semaines la période d'état de la maladie est assez rare et méritait d'être signalé.

G. Lœser.

(1) Gérome.— *Berliner klinische Wochenschrift*, 1909, n° 116.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier 1910.

Traitement bio-kinétique des engelures. — MM. ***Jacquet*** et ***Jourdanet*** considèrent les engelures comme la résultante d'irritations multiples entrant en conflit aux extrémités : d'une part, le froid, ou plutôt les alternatives brusques et répétées du froid et du chaud ; d'autre part, une série d'irritations organiques variées, émanant du rhino-pharynx, de l'appareil gingivo-dentaire, des voies respiratoires, des voies digestives, du corps thyroïde, etc... Sous ces influences surviennent des troubles vasculaires, puis la stase, l'érythème, l'engorgement et souvent l'ulcération.

On luttera d'abord contre ces troubles, et, pour réparer les lésions et renforcer les tissus, les auteurs conseillent d'avoir recours à l'élévation gymnastique des extrémités, dont on sait l'influence décongestionnante ; on décuple son effet en y associant la mobilisation des mains. Pour cela, très fréquemment, chaque quart d'heure si possible, le patient, commodément installé sur le rebord d'un lit par exemple, tient le bras en élévation complète pendant plusieurs minutes; en même temps qu'il imprime aux mains, et surtout aux doigts, des mouvements alternatifs complets et rapides de flexion et d'extension. Pour les pieds, le patient, couché ou assis, les placera en élévation forcée et, quant au reste, procédera de même. Dans l'intervalle des séances, on évitera, s'il se peut, de laisser les mains ballantes, et, en cas d'engelures des orteils, on conservera le plus possible l'horizontalité avec élévation des pieds On protégera de son mieux les extrémités contre le froid. Sous l'influence de ce traitement, en très peu de jours, l'acro-asphyxie diminue, l'empâtement se dissipe, les doigts boudinés et gourds retrouvent aisance et force.

Et dès que, ce qui est rapide, l'on a transformé l'engelure ouverte en engelure fermée, alors seulement on joint efficacement à la mobilisation des mains le massage, sous forme de pétrissage graduel des tissus à petits coups serrés et réguliers.

Sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde (suite de la discussion). — M. ***Kelsch*** pense que la connaissance des conditions qui exaltent la virulence des germes pathogènes et les mesures prophylactiques qui peuvent en découler, — en particulier la lutte contre les infractions à l'hygiène, — est plus importante que la recherche des germes pathogènes eux-mêmes, contre lesquels les moyens prophylactiques sont insuffisants.

D'une façon générale, chaque grande maladie infectieuse reconnaît des facteurs pathogéniques multiples, et ne se produit pas seulement par un contage.

Procédé pour fixer la ration du nourrissons. — M. ***Lassablière.***

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1909

Fibrome kystique suppuré de l'utérus. — M. ***Auvray*** fait un rapport sur une observation de M. Michon ayant trait à une vieille fille de 65 ans qui présentait des accidents fébriles à grandes oscillations. Elle portait depuis 20 ans une volumineuse tumeur abdominale qui n'avait jamais entraîné aucun trouble. Comme cette tumeur n'était pas douloureuse et n'avait pas augmenté de volume, la fièvre paraissait ne pouvoir lui être attribuée. Cela dura 6 mois. Au bout de ce temps M. M., rappelé près de la malade, trouva cette tumeur douloureuse et plus volumineuse. L'opération fut décidée et l'on trouva un volumineux fibrome kystique suppuré de l'utérus, adhérent à la paroi, adhérence qui se déchira au cours de l'intervention si bien que du pus se répandit dans le ventre. Malgré cet incident, la malade guérit parfaitement.

Ce cas est curieux, car ces kystes suppurent très rarement surtout en dehors de la période de vie génitale de la femme. La cause de cette suppuration est difficile à déterminer. M. Michon croit à une infection par voie sanguine. Mais l'examen de la

muqueuse utérine n'a pas été fait et il est plus probable qu'il faudrait y placer le point de départ de l'infection.

Il est à remarquer aussi que cette suppuration a mis 6 mois à évoluer sans donner lieu à des douleurs au niveau de la tumeur. Ce point joint à l'innocuité de l'inoculation péritonéale pourrait faire penser que cette suppuration était peu virulente. Mais il n'y a pas eu d'examen du pus.

M. *Routier*. — Je crois aussi que l'infection dans ces cas a son point de départ dans l'utérus. Il n'est pas rare que la suppuration évolue dans ces fibromes sans fracas et sans réaction ni locale ni générale et c'est parfois une trouvaille d'autopsie.

M. *Arrou*. — Je n'ai observé qu'un cas de fibrome suppuré. Ma malade était absolument apyrétique et je pratiquai une hystérectomie sus-vaginale suivant le procédé habituel. Mais comme je sectionnais le col utérin, il s'écoula une quantité considérable de pus dans le petit bassin, pus que je crus venir de la cavité utérine. En réalité, il venait d'une poche kystique que j'avais ouverte. Je drainai, mais la malade n'eut aucune réaction et je pus enlever les drains 48 heures après. Ce pus semble donc n'avoir pas été bien virulent. Il n'a pas été examiné.

Chirurgie des vaisseaux de la base du cœur. — M. ***Tuffier*** fait part à la Société d'un très intéressant mémoire de M. Carrel (de New-York) sur la chirurgie des gros vaisseaux de la base du cœur. Dans ce mémoire, l'auteur étudie d'abord les principes de la méthode de Meltzer.

D'après ces principes, si on ouvre les deux plèvres d'un animal en laissant les poumons se rétracter et si par un tube placé dans la trachée jusqu'à la bifurcation des bronches, on fait arriver de l'air sous pression, la respiration et la circulation continuent à se faire sans qu'il y ait de mouvements respiratoires. Cette méthode facilite beaucoup les opérations sur le médiastin. Le sternum coupé en travers et les côtes écartées de haut en bas, on a un jour excellent chez le chien.

L'auteur a pu tenter ainsi plusieurs opérations sur l'aorte thoracique : section transversale suivie de suture circulaire avec interruption circulatoire de 3 à 6 minutes : guérison ; — section d'une portion de l'aorte descendante qu'on remplace par un fragment de jugulaire ; interruption de la circulation : 17 minutes ; guérison mais avec troubles médullaires (contracture en extension). Pour éviter ces troubles dus à l'interruption de la circulation, Carrel a imaginé le tubage de l'aorte et la dérivation momentanée du sang à l'aide de tubes de verre paraffinés. Il a pu ainsi tenter avec succès le remplacement d'un fragment de la paroi de l'aorte abdominale par un lambeau veineux. Le chien a vécu 8 jours et a succombé à une hémorrhagie secondaire par nécrose partielle des bords du lambeau.

Appareil de marche pour fracture du fémur. — M. ***Reynier*** fait un rapport sur un appareil de marche imaginé par M. Savariaud pour le traitement des fractures du tiers inférieur du fémur. Cet appareil évite aux blessés le séjour prolongé au lit, et leur permet de guérir aussi vite et aussi bien que n'importe quel appareil, ainsi que le rapporteur a pu le constater sur plusieurs blessés.

M. ***Tuffier*** est peu partisan des appareils de marche, qui produisent des déviations de l'axe du membre.

M. ***Lucas-Championnière*** fait observer que dans le traitement des fractures le raccourcissement est sans importance s'il n'est pas trop considérable et qu'il y a peu d'intérêt à tâcher de coapter bout à bout les fragments. La chose importante et essentielle, c'est qu'il n'y ait pas de déviation d'axe.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 décembre 1909. — Présidence de M. Buret, président.

Présentation d'ouvrage. — M. ***Froussard*** présente son ouvrage sur *le traitement de la constipation* dans lequel il démontre la nécessité de recourir dans la constipation habituelle à des traitements physiques et externes qui permettent la rééducation de l'intestin.

M. ***Joly*** présente, au nom du professeur Raphaël Blanchard, le fac-simile du diplôme de Bichat nommé membre résidant de la Société de médecine de Paris le 9 octobre 1799 et cinq autres documents médicaux datant des XVIe et XVIIIe siècles.

Cryoscopie du suc gastrique. Présentation d'un nouveau cryoscope. — M. *Lematte* souligne l'imperfection des procédés de la chimie organique.

Un liquide pathologique est évaporé, calciné, additionné de bases ou d'acides. Tout l'édifice moléculaire est ainsi détruit. On met en présence des corps dont les poids moléculaires sont trop différents. La chimie physique, au contraire, respecte le statisme des liquides ; en particulier, la cryoscopie appliquée au suc gastrique permet de calculer leur tension osmotique et les poids moléculaires des composants.

L'auteur présente un nouveau cryoscope qui a l'avantage de n'employer que quelques centimètres cubes d'éther pour faire une expérience. De plus, on peut l'employer près d'une flamme sans aucun danger. L'auteur a communiqué des documents relatifs à la cryoscopie appliquée à l'étude du suc gastrique.

Surdité et altitude. Rééducation méthodique de l'oreille par des exercices méthodiques au moyen des diapasons. — M. ***Marcel Nattier***. — Les sourds ont été vivement engagés depuis quelques années à se rendre à une station d'altitude particulière où on les soumet à des pratiques hydro-minérales capables, a-t-on dit, de restaurer plus ou moins complètement la fonction auditive altérée. Or, une expérience déjà ancienne démontre que les résultats favorables obtenus de la sorte sont purement temporaires et doivent être exclusivement reportés au compte de l'altitude. La cure hydro-minérale surajoutée aggrave plutôt qu'elle n'amende la situation, aussi, vaut-il mieux la proscrire.

L'opinion précédente se trouve pleinement confirmée par l'histoire de deux malades ainsi traités sans succès. Une rééducation de l'oreille par des exercices acoustiques au moyen des diapasons détermina chez chacun d'eux un bénéfice évident. Celui-ci fut surtout sensible chez le premier malade, âgé d'une cinquantaine d'années, sourd depuis 24 ans et soigné vainement à plusieurs reprises par tous les procédés usuels. Il recupéra en effet environ 40 % de son ouïe et vit disparaître tout à fait des bourdonnements tenaces et désespérants. L'amélioration, qui remonte maintenant à 3 ans, reste définitivement acquise et s'accentue même avec le temps

M. ***Carron de la Carrière*** demande que l'on précise bien exactement ce que l'on entend par le mot « surdité » et demande à son confrère le résultat de son examen direct auquel il attache plus d'importance qu'au récit du malade. Le mot surdité était bien vague. Pour la critique faite de Luchon, jamais cette station n'a réclamé les vrais sourds, mais elle rend de très grands services par ses humages et ses insufflations tubaires à tous ceux dont la trompe d'Eustache est enflammée par suite de rhinopharyngite aiguë ou chronique et sont ainsi sur le chemin de la surdité par propagation du pharynx à la caisse.

M. ***Alquier*** demande quel était chez ces malades l'état de l'oreille interne et spécialement s'il existait des troubles labyrinthiques, ensuite si ces malades présentaient une modification notable de la pression artérielle. En effet, chez certains sujets hypertendus ou présentant des troubles labyrinthiques, on peut voir des modifications transitoires et parfois rapides de l'audition qui ne paraissent pas attribuables à la décompression de la caisse dont il vient d'être parlé.

M. ***Laussedat*** estime également que Luchon peut modifier les troubles de l'audition d'origine pharyngée, ce qui avait été démontré par de La Varenne ; il pense aussi que le procès fait aux eaux thermales est en général trop sévère.

Il y a trois catégories de troubles de l'audition qui peuvent être améliorés par les eaux minérales : 1° ceux qui dépendent d'une affection rhino-pharyngée ; 2° les troubles de l'audition d'origine digestive que les eaux alcalines améliorent en modifiant la digestion ; 3° les troubles de l'audition dépendant de l'hypertension artérielle dans la période de pré-sclérose souvent confondue avec la sclérose du tympan.

Dans ces cas-là, les eaux minérales peuvent agir de deux manières, d'abord, en augmentant la diurèse par ingestion des eaux minérales, ensuite par le traitement externe sous forme de bains carbo-gazeux qui, en abaissant la pression artérielle, entraînent l'amélioration de l'audition.

Les neurasthénies et les intoxications. — (Travail de candidature). — M. *Maurice Pace* est d'avis que la neurasthénie, considérée jusqu'ici comme un syndrome ou un ensemble symptomatique, doit être désormais définie comme une maladie produite par l'intoxication lente du système nerveux qui se manifeste par les symptômes physiques et psychiques de la dépression nerveuse.

Prix Duparque. — M. Griffon, rapporteur de la Commission, a déposé des conclusions qui ont été adoptées par la Société. En conséquence, une première mention (400 fr.) a été accordée au professeur Cassaët, de Bordeaux, une deuxième mention (300 fr.) au docteur Milhit, de Paris.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 23 décembre 1909.

Les chorées chroniques. Conférence par M. *Paul Sainton.* — Les différentes maladies que l'on faisait entrer dans le cadre des névroses, tendent de plus en plus à en être distraites. Les méthodes de recherches plus précises montrent qu'il y a des lésions anatomiques dans les cas où on ne trouvait autrefois aucune altération. Une évolution de ce genre s'accomplit pour la chorée ; en ce qui concerne la chorée de Sydenham, chaque jour montre qu'un certain nombre de cas sont dus à une lésion d'origine infectieuse. Ce travail est plus avancé pour les chorées chroniques dont la plupart des variétés dépendent de lésions bien caractérisées. L'auteur insiste sur la nécessité qu'il y a à restreindre le mot chorée aux mouvements *involontaires, amples, illogiques, maladroits et rapides.* Il faut donc rayer de la pathologie le mot de chorée rythmique et le remplacer par le mot déjà proposé de rythmie.

Les chorées chroniques ainsi comprises prennent place à côté des athétoses, des myoclonies, des tics. Leurs variétés sont la chorée de Hungtington, la chorée chronique sans hérédité, la chorée de Sydenham passée à l'état chronique. Type mal classé, intermédiaire entre les chorées et les tics, se trouve la chorée variable des dégénérés de Brissaud.

De toutes ces variétés, la mieux connue est la chorée héréditaire et progressive de Huntington, type de maladie familiale. Elle est caractérisée par la coexistence à peu près constante de troubles moteurs et de troubles mentaux. Nombre de ces malades se trouvent dans les asiles d'aliénés. Apparaissant à un âge tardif, 40 ans en moyenne, elle suit une marche lente et progressive.

La chorée chronique sans hérédité, chorée chronique progressive ne diffère pas au point de vue symptomatique de la chorée de Huntington : y a-t-il identité absolue enlre les 2 variétés ? Le fait est probable mais non pas certain.

Quoiqu'elles ne soient séparées que par des nuances cliniques, il faut jusqu'ici admettre que la chorée de Huntington est différente de la chorée de Sydenham. Celle-ci peut très exceptionnellement passer à l'état chronique. La chorée variable des dégénérés n'a pas d'histoire anatomique, mais elle se présente comme une entité morbide bien nette.

L'anatomie pathologique de la chorée chronique progressive est au contraire des plus nettes. Elle relève d'un processus méningo-encéphalique chronique. Les lésions consistent en méningite chronique, atrophie des circonvolutions, sclérose vasculaire ; il n'est pas rare de noter des lésions des noyaux centraux, des lésions médullaires, mais elles n'ont pas la constance des altérations corticales. L'auteur ne croit pas que l'on doive chercher à localiser dans une région déterminée du cerveau la lésion qui cause la chorée, en un mot qu'il existe un centre choréigène. Il admet que les chorées sont des syndromes physio-pathologiques, résultant d'une lésion des centres nerveux capable d'émanciper les centres moteurs automatiques.

Peu importe sa nature, qu'elle soit d'ordre inflammatoire ou dégénératif, on conçoit qu'une sénescence prématurée héréditaire de la cellule cérébrale amène le même trouble qu'une lésion acquise.

L'auteur accompagne sa démonstration de projections cinématographiques et autres qui viennent prêter à ses idées l'appui des faits.

Le diagnostic radiologique des trajets fistuleux par les injections de pâte bismuthée. Leur intérêt thérapeutique. — M. *Aubourg* montre que la radiologie des fistules, injectées avec une pâte bismuthée, est indispensable pour connaître le trajet, les diverticules, l'étendue et souvent le point de départ d'une fistule.

Les rayons X sont devenus le seul moyen de détermination exacte d'un trajet fistuleux. De plus, cette injection, faite dans un but de diagnostic, est devenue un mode de traitement des fistules dont l'injection de bismuth finit par tarir les écoulements et amène la guérison.

Traitement des fistules tuberculeuses par les injections de sous-nitrate de bismuth (méthode de Beck). — M. *de Fourmestraux* (de Chartres) présente l'observation de deux malades atteints de lésions tuberculeuses fistulisées qu'il a traités par des injections de vaseline bismuthée (méthode de Beck). Il a employé la méthode avec quelques modifications de détail tenant surtout au mode de préparation de la pâte à injecter. Les résultats, excellents quand il s'agit de fistules peu étendues, de cavités tuberculeuses peu profonues, (testicules tuberculeux, fistules trochantériennes, spina ventosa) sont moins bons quand il s'agit de fistules étendues, de cavités profondes.

Il cite les cas d'intoxication d'Eggenbrener, de Kauffmann, et rapporte l'observation d'une malade qui présenta quelques accidents après injection de 80 gr. de pâte de bismuth (20 gr. de sous-nitrate).

La méthode de Beck est une méthode extrêmement simple, c'est là son principal mérite. Elle n'est pas à l'abri de tout danger et il faut avant de l'employer, s'assurer de l'état du foie et du rein du malade.

M. *Bouchacourt* demande si les accidents toxiques ne pourraient pas être évités en employant un sel de bismuth autre que le sous-nitrate.

M. *Agasse-Lafont* fait remarquer qu'il faut faire une distinction absolue dans les intoxications par le bismuth, suivant que le sel est employé à l'intérieur, c'est-à-dire dans le tube digestif, ou au contraire par un traitement externe, plaie, fistule, arthrite, etc.

A l'intérienr, le seul sel dangereux est le sous-nitrate : les accidents qu'il provoque sont dus à la production de nitrites, formés grâce à la flore intestinale et à leur résorption, comme il l'a démontré dans une communication faite avec M. Bensaude à la Société médicale (janvier 1909). Mais à l'extérieur au contraire, tous les sels de bismuth, aussi bien le sous-nitrate que le carbonate et le sous-gallate (dermatol) etc. peuvent devenir toxiques par transformation en albuminate de bismuth, en présence d'une plaie, milieu alcalin et albumineux. Cet albuminate de bismuth, sel soluble et facilement résorbé, produit des accidents comparables à ceux des autres métaux lourds (plomb, mercure) essentiellement caractérisés par une stomatite, des taches buccales noirâtres, des troubles intestinaux, de l'albuminurie : ils sont souvent graves et parfois mortels.

Radiographies de nanisme et d'achondroplasie. — M. *Adolphe Bloch* présente la radiographie d'un nain âgé de 21 ans, haut d'un mètre, et celle d'un achondroplase âgé de 28 ans et haut de 1 m. 27.

Sur le radiogramme du nain, on remarque que les cartilages de conjugaison ne sont pas encore ossifiés malgré l'âge et que certains os du corps sont encore à l'état cartilagineux, de même que l'épiphyse de l'extrémité inférieure du cubitus. La croissance de ce nain de 21 ans n'est donc pas plus avancée que celle d'un enfant de 4 ans 1|2.

Sur le radiogramme de l'achondroplase, l'on constate au contraire que l'ossification est complète mais que les 4 derniers métacarpiens et les 1re et 2e phalanges des doigts sont moins longs et beaucoup plus épais que chez un adulte normal du même âge.

Les métacarpiens sont en outre légèrement incurvés et les doigts indicateur et auriculaire paraissent relativement plus allongés que d'ordinaire. Il en est de même du pouce.

Dr E. Agasse-Lafont.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MEDECINE MENTALE

Séance du 20 décembre 1909. — Présidence de M. MAGNAN.

Mesure de l'intelligence chez les enfants, avec démonstrations. (Présentation de sujets). — MM. ***A. Binet*** et ***Simon*** exposent le procédé qu'ils ont établi pour apprécier avec exactitude le niveau intellectuel des enfants. Il consiste en une série d'épreuves dont l'ordre a été établi par des essais sur des enfants d'âges différents.

Trois enfants sont examinés devant la Société. Le second des enfants examinés est une fillette de 13 ans. Elle réussit les épreuves de 4 ans, échoue à celles de 6, tente avec succès quelques-unes de celles de 5. Elle a donc l'intelligence d'un niveau de 5 ans. Le 3e enfant est un garçon de 13 ans. Il répond à des questions d'un ordre élevé et qui indiquent chez lui un niveau normal. (Ce sont des accidents convulsifs qui ont déterminé son placement).

Il est curieux de noter que les certificats de placement portent le même diagnostic de débilité mentale pour ce dernier enfant et le précédent. L'emploi du procédé de MM. Binet et Simon éviterait la confusion due à l'emploi de dénominations trop imprécises.

M. ***Piéron*** demande si les niveaux moyens établis par expériences pour chaque âge sont valables pour les enfants de tous milieux, en se limitant à la France. Enfin, il distingue dans les épreuves certaines qui sont consacrées à des fonctions (la mémoire par exemple) et d'autres qui ont trait à des connaissances acquises.

M. ***Simon***. — Des enfants de la campagne répondent un peu moins bien que les enfants de la ville ; les résultats obtenus donnent dans tous les cas une conclusion moins imparfaite que la simple impression clinique.

Spiritisme et folie. Présentation de malade. — M. ***Bonnet*** présente un cas de délire spirite, à troubles psycho-moteurs graphiques hallucinatoires et obsédants, survenus à la suite de pratiques spirites prolongées sans tares névropathiques ni dégénératives apparentes (femme ménopause).

Onomatomanie chez un vieillard de 74 ans. Présentation de malade. — MM. ***Juquelier*** et ***Delmas*** présentent un vieillard de 74 ans qui n'offre aucun signe de démence, mais qui est atteint depuis plus d'un an de *recherche angoissante du mot*. Cet état, très pénible, puisqu'il a provoqué une tentative de suicide, est presque continu, et, détail assez exceptionnel dans les cas du même ordre, la recherche porte sur tout le vocabulaire, au lieu de se limiter aux noms propres, ou à certains noms propres, comme il arrive habituellement. Le syndrome onomatomanie a pris naissance dans un délire de persécution peu intense et peu ancien, par le mécanisme suivant. Le malade a cherché dans son passé lointain le nom d'un camarade, qui avait pu lui être hostile Ce nom lui échappe, d'où effort. Le lendemain il cherchait d'autres noms de camarades anciens, puis ce travail de la recherche des noms, s'est émancipé du délire. Il se porte maintenant sur toutes sortes de substantifs. Le malade note sur des carnets tous les noms qui l'ont occupé et pourront l'occuper encore. Il dépeint en termes très précis l'anxiété qui accompagne la recherche, aussitôt une question posée dans son esprit.

Paralysie générale chez un ouvrier traumatisé. — MM. ***Pactet*** et ***Beurilhet*** présentent des documents cliniques et histologiques relatifs à un malade entré à l'hôpital de Villejuif à la suite d'une chute (chute d'un échafaudage). Ce malade a présenté un état de confusion mentale suivi, quelques semaines plus tard, de l'apparition du syndrome paralytique. Il s'agissait, l'histologie le prouve, d'un cas de paralysie générale.

L'état de confusion mentale peut être considéré comme relevant directement du traumatisme, mais celui-ci n'a fait très vraisemblablement que précipiter l'apparition des symptômes d'une paralysie générale qui existait déjà, mais qui, sans lui, aurait pu demeurer latente quelque temps encore.

Un cas de trophœdème chez une vieille démente vésanique. Présentation de malade. — M. ***Leroy*** montre à la Société une vieille femme de 71 ans, atteinte depuis une douzaine d'années de démence vésanique, qui présente une curieuse malformation du membre inférieur droit. La peau forme, à la partie interne de la cuisse, une énorme masse composée de bourrelets ; la peau est souple, flasque, de coloration normale, non rugueuse, sans pigmentation. En palpant ces bourrelets, on a une sensation molle, nettement lipomateuse. La jambe présente, non plus des replis cutanés mais une augmentation de volume avec forme cylindrique (forme surtout appréciable à la partie postérieure). Ce cylindre finit par un brusque relief à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. La consistance de la jambe est dure, presque ligneuse ; elle conserve un peu l'empreinte du doigt. Le membre inférieur est tout à fait indolore.

M. Leroy discute ce symptôme. Est-ce une *maladie de Recklinghausen* sous forme de névrite plexiforme, ou est-ce un *œdème segmentaire*, un trophœdème ? Cette dernière hypothèse est plutôt indiquée par la marche de la maladie. Celle-ci a débuté, en effet, il y a 46 ans, à la suite d'une couche. L'enflure est apparue à la jambe droite et a gagné peu à peu la cuisse en respectant le genou. Le membre, pendant des années, a eu l'aspect monstrueux de deux ballons durs, gonflés comme des outres, prêts à éclater. Cet œdème n'a jamais gêné la marche, il diminuait par le repos.

La malade a beaucoup maigri et reste couchée depuis 10 ans, c'est probablement pour ces raisons que l'œdème segmentaire a pris la forme anormale que l'on constate actuellement.

Un cas de délire à deux. Présentation de deux malades. — MM. ***Lwoff*** et ***Condamine***. — Première présentation : délire de persécution communiqué par une femme à son mari. La femme est persécutée et hallucinée depuis plus de 5 ans (date d'un premier internement) ; troubles sensoriels très accusés, hallucinations auditives, olfactives et génitales. Le mari, qui n'est pas interné, a commencé il y a 2 ans, à l'occasion d'une appendicite, à interpréter tous ses symptômes comme des manœuvres des ennemis de sa femme. Depuis lors, grâce à la vie commune et à la grande affection qui les unit, il est entré complètement dans le délire de sa compagne. Actuellement, il est même devenu capable de délirer pour son propre compte sous forme d'interprétations et a pris une part active dans l'association délirante.

Hallucinations auditives unilatérales. Présentation de 2 malades. — MM. ***Lwoff*** et ***Condamine***. — Malade âgée de 76 ans, atteinte de sclérose des 2 oreilles, perforation du tympan et suppuration à gauche seulement (Dr Castex) ; de ce côté elle entend des voix. Y aurait-il relation de cause à effet ? C'est improbable étant donnée l'ancienneté de la lésion périphérique (début à l'âge de 22 ans). Si celle-ci a joué un rôle, c'est seulement pour fixer à gauche la localisation du trouble sensoriel.

Une autre malade a manifesté à l'occasion de périodes d'éthylisme subaigu des hallucinations surtout unilatérales, mais quelquefois aussi bilatérales. Chez elle, aucune hallucination périphérique ou centrale ne permet une explication anatomique. D'ailleurs si les voix ont été entendues à l'oreille gauche, cela ne prouve pas qu'elles n'aient été produites que par une moitié du système acoustique, mais seulement qu'elles ont été localisées par la malade dans la moitié gauche du champ auditif.

La comparaison de ces deux malades tend à prouver qu'il n'est pas nécessaire que l'appareil auditif soit lésé en aucun point pour que les hallucinations soient localisées d'un côté unique.

Observation d'un persécuté voyageur. Présentation de photographies. — MM. ***Rogues de Fursac*** et ***Vallon***. — Observation d'un dégénéré, déséquilibré, et débile, persécuté, à interprétations délirantes, qui a quitté son pays pour échapper à ses persécutions et réaliser ses projets ambitieux.

Deux points sont intéressants dans cette observation : 1° l'invidualisme excessif du malade, qui prétend vivre dans un isolement absolu et transporter avec lui tout ce qui est nécessaire à son existence (matériel de campement, batterie de cuisine, etc.) ; 2° l'association d'idées délirantes réelles et de phénomènes de mythomanie, association qui fait penser à la simulation et qui rendrait le cas particulièrement délicat dans l'hypothèse d'une affaire médico-légale.

Un cas de sclérose en plaques, Présentation de malades. — M. ***Emmanuel Benoist*** (service de M. A. Marie) présente un malade atteint d'une sclérose en plaques ayant débuté en 1897 par des troubles mentaux. Ce malade fit jadis une chute et se blessa légèrement à la tête. Immédiatement, survint un état d'obnubilation intellectuelle croissante, puis une courte fugue accompagnée d'ictus hémiplégique et suivie d'une période de coma vigil qui motiva l'internement. Les troubles mentaux rétrocédèrent complètement après une durée de trois semaines. Divers troubles persistèrent qui en imposèrent tout d'abord pour une tumeur cérébrale. On pensa à l'origine traumatique des accidents. Actuellement le malade présente le tableau d'une sclérose en plaques. La chute initiale semble avoir été causée par l'ictus.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET RADIOLOGIE MÉDICALES

Séance du 16 décembre 1909.

M. ***Oudin*** présente un malade.ingénieur électricien *électrocuté* par accident (passage d'un courant intense du coude à la main). En quelques jours se produisit une *paralysie flasque*, complète, du membre supérieur, cette paralysie était due à une névrite, car on constata la réaction de dégénérescence. Le blessé s'améliora sous l'influence de l'effluvation et il put partir au service militaire ; mais là on lui fit une seule séance de faradisatian, il y eut rechute complète, mais cette fois semble t-il purement par psychonévrose. L'effluvation, qui ne fatigue pas le muscle et n'excite pas la sensibilité, semble dans des cas de ce genre le traitement de choix.

M. ***Laquerrière*** rapporte l'observation d'un malade *électrocuté* beaucoup plus légèrement qui présenta une *paralysie* probablement purement névropathique, mais le malade se mit à présenter de l'intolérance pour le traitement faradique qui lui était fait. C'est alors que l'auteur le vit ; il le guérit rapidement et complètement par le bain statique avec effluvation et étincelles indirectes ondulées ; il insiste sur la nécessité d'employer des méthodes de douceur, l'étincelle indirecte permet de rééduquer les fonctions motrices du muscle dans les meilleures conditions.

M. ***Huet***, à propos de ces observations montre qu'en nombre de cas, c'est seulement l'électrodiagnostic qui permet de faire le diagnostic différentiel entre troubles névritiques et troubles psychiques, il cite entre autres l'observation d'un malade qui présentait des troubles qui, localisés très exactement à un territoire nerveux, semblait manifestement un organique, tandis que l'examen électrique montrait l'intégrité absolue des réactions.

***

M. ***D. Courtade*** présente un travail sur les « névralgies rénales consécutives au rein flottant et leur traitement électrique ». Ces névralgies se produisent surtout chez des neurasthéniques. Le traitement électrique à employer consiste soit dans le courant galvanique, en plaçant le pôle positif sur la région douloureuse, soit dans le courant de haute fréquence, en couchant les malades sur le lit condensateur.

MM. ***Delherm*** et ***Laquerrière*** rappellent leur travail déjà ancien sur cette question et citent entre autres le cas publié dans ce travail, d'une malade soumise au traitement électrique au moment où on avait décidé une néphropexie ; or, cette malade, dont les douleurs disparurent en quelques séances, vit toujours avec son rein mobile sans difficulté, bien que plus de six ans se soient écoulés.

M. ***Laquerrière*** déclare que c'est avec Apostoli qu'il avait appris à connaître l'influence du traitement électrique sur les douleurs du rein ; mais s'il n'a publié aucune observation avec son maître, c'est parce que dans tous les cas on avait employé, outre le traitement local, un traitement électrique général contre la neurasthénie du sujet.

M. ***Oudin*** utilise surtout chez ces malades les applications locales de courant de haute fréquence.

Le secrétaire général,
Dr A. Laquerrière.

HYGIÈNE SCOLAIRE

Conférences de médecine et d'hygiène scolaires, *préparatoires au Concours de l'Inspection médicale des Ecoles, organisées par la Société des médecins inspecteurs des écoles.* — Au Laboratoire d'hgyiène scolaire, Musée Pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, les samedis à 8 h. 1/2 du soir, à partir du 15 janvier 1910. 15 *janvier* 1910 : Diagnostic clinique de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire à l'école. Dr Méry, directeur du laboratoire d'hygiène scolaire. — 22 *janvier* 1910 : Développement des principaux organes pendant la période scolaire. Dr Gillet, médcin inspecteur des écoles. — 5 *février* 1910 : Le mobilier scolaire (banc, table). Dr Dufestel, médecin inspecteur des écoles. — 12 *février* 1910. : Rôle du médecin soclaire. Prophylaxie des maladies transmissibles à l'école. Dr Louis Gourichon, médecin inspecteur des écoles. — 19 *février* 1910 : Hygiène collective des écoliers (hygiène du corps, hygiène du vêtement, hygiène alimentaire, cantines scolaires) Dr Jouliard, médecin inspecteur des écoles. — 26 *février* 1910. Hygiène intellectuelle. Pédagogie psychologique (mesures de la fatigue intellectuelle, surmenage, horaires). Dr Raimondi, médecin inspecteur des écoles.—5 *mars* 1910 : Examen anthropométrique de l'écolier (procédés, instruments, carnet de santé). Dr Paul Raymond, médecin inspecteur des écoles. — 12 *mars* 1910 : Examen de l'ouïe, du naso-pharynx et des dents à l'école. Dr Stackler, médecin-inspecteur des écoles. — 19 *mars* 1910 : Examen médico-psychique de l'écolier (anormaux pédagogiques, arriérés et instables, stigmates de dégénérescence). Dr Mallet, médecin-inspecteur des écoles. — 9 *avril* 1910 : Vaccination dans les écoles (procédés, dossier vaccinal. Dr Tolédano, médecin inspecteur des écoles.—16 *avril* 1910 : Education physique (différentes méthodes, gymnastique, etc.). Dr Cayla, médecin inspecteur des écoles. — 23 *avril* 1910 : Hygiène morale de l'écolier (discipline, surveillance, éducation sexuelle, Dr Butte, médecin inspecteur des écoles.

Assistance publique de Paris.

Concours de l'internat.— *Lecture* (suite). — Anatomie. *Jeudi* 6 *janvier* : MM. Pignot, 9, Malet (Ch.), 10, Bruel 7, Girault (Albans) 10, Pilatte 8, Godlewski 10, Périn (Lucien) 8, Ribo 8, Lévy (Alfred) 12. *Excusé* : M. Schneider.

Vendredi 7 *janvier*. — MM. Lévi-Franckel 8, Juin 8, Masselot 4, Feil 10, Leroy (Max), 4, Larcher 8, Dupradeau 7, Gillard 13, Miégeville 10.

Excusée : MM. Lévy.

Lundi 10 *janvier*. — MM. Girard 12, Sébillotte 5, Jacquét 8, Ducamp 12, Monod (André) 8, Prigent 10, Bloch (André), 9, Alexandre 11.

Excusé : M. Brenot.

Pathologie. *Mercredi* 5 *janvier* : MM. Berthomieu-Lamer 2, Vosy 6, Georghiu 7, Desvaux de Lyt 9, Sales 9, Blum 8, Le Grand 14, Maurel 8, Réchad 6, Eudel 5, Philippon 10.

Excusé : M. Lefevre.

Vendredi 7 *janvier*. — MM. Lefevre 12, Virenque 9, Avezou 10, Fourrier 10, Coppin 7, Moulonguet 11, Ecalle 9, Besnard (Jean) 6, Busson 5, Philip 4, de Cumont 9.

Excusé : M. Kudelski.

Samedi 8 *janvier*. — MM. Gouguet de Girac 10, Vincentelli 6, Vielle (Albert) 8, Achard 8, Bel 2, Noel 6, Mlle Monbiot 8, Pruvost (Pierre) 12, Jumon 12.

Lundi 10 *janvier*. — MM. Baumgartner 10, Buc 11, Villette 11, Muroa 5, Sourdille 7, Felsdtein 9, Pottecher 3, Vandescal 9, Chichmanian 7, Luquet 4, Teisset 5.

Concours du prix de l'internat (médaille d'or). — *Composition du jury* : Médecine. — MM. les Drs J. Renault, Boulloche, Klippel, Dalché, Carnot,.

Chirurgie et accouchement. — MM. les Drs Labey, Picqué, Delens, Peyrot et Bar.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'examen bactériologique du sang et le diagnostic précoce des infections typhoïdiques.

par le Dr JOB
Médecin major de 2e classe.
Répétiteur à l'École du Service de Santé militaire.

La nécessité d'un diagnostic précoce dans les infections typhoïdiques est admise par tous, elle s'impose à un triple point de vue : pronostic, thérapeutique et prophylactique. Il n'est point indifférent, en effet, pour l'avenir d'un malade, qu'il soit atteint de septicémie à bacille d'Eberth ou à paratyphus ou d'une typhobacillose. Le traitement gagne à la rapidité du diagnostic, la balnéation froide a d'autant plus de chances de succès contre l'infection éberthienne qu'elle est appliquée plus près du début de la maladie et la détermination précoce du germe pathogène est indispensable si l'on utilise un sérum thérapeutique. La prophylaxie exige l'isolement du malade dès la constatation des premiers signes de son infection. Conradi, Klinger n'ont-ils pas, au cours de ces dernières années en effet, montré que la dothiénentérie pouvait être contagieuse dès la fin de la période d'incubation et pendant la période d'invasion.

Or, ce diagnostic précoce, on ne peut le demander aux méthodes habituelles d'investigation clinique. La fièvre typhoïde se caractérise par un ensemble de signes qui, au début au moins, nécessite de la part du médecin une observation de plusieurs jours pour se prononcer ; la clinique seule ne nous permet pas de différencier le paratyphus de la fièvre typhoïde. La diazoréaction ne pourra non plus nous donner de renseignements suffisamment précis, et si la leucopénie se rencontre fréquemment au cours de la dothiénentérie, ce n'est point un signe absolument précoce, il peut manquer, et seule une constatation positive aurait de la valeur ; au reste la leucopénie se rencontre également parfois au cours de la granulie.

Les méthodes bactériologiques, en revanche, paraissent en état de résoudre le problème et le plus souvent de déterminer la nature de l'agent infectieux. Les observations anatomo-pathologiques avaient montré que l'intestin était un des organes les plus lésés au cours de la dothiénentérie, d'autre part la nocivité des matières fécales était bien connue des épidémiologistes. Aussi les milieux nouveaux créés pour l'isolement du bacille d'Eberth des selles ont été appliqués au diagnostic précoce de la dothiénentérie, mais il se sont révélés insuffisants parce que dans des cas de fièvre typhoïde authentique, on n'a pas assez fréquemment, au début surtout, trouvé le germe pathogène, et parce que on peut, dans les excréta, constater du paratyphus, par exemple, alors que la cause de la maladie est le bacille d'Eberth. L'examen bactériologique des urines a encore moins de valeur, le bacille d'Eberth ne s'y trouvant pas au début de l'infection.

L'examen du sang est plus fructueux et il est classique actuellement, lorsque l'on soupçonne une infection éberthienne de pratiquer la séro-réaction de Widal. Celle-ci constitue certainement le moyen le plus simple et le plus pratique des procédés de laboratoire, mais ce n'est pas le plus précoce, en outre elle expose à quelques causes d'erreur. Ce n'est pas le plus précoce, car il est bien admis aujourd'hui que, dans un grand nombre de cas, le sérum d'un typhique n'acquiert son pouvoir agglutinant qu'au cours du deuxième septénaire ; dans certains cas même, celui-ci peut faire défaut jusqu'au moment de la convalescence. La méthode expose à des erreurs provenant d'une atteinte de fièvre typhoïde antérieure, peut-être plus fréquente qu'on ne le croit ; nous en citerons un exemple : un homme atteint de diarrhée, de fièvre continue et de pleurésie de la base gauche est évacué sur un service de contagieux parce que son séro-diagnostic éberthien est positif, il parle mal le français, le comprend mal et il fait l'intervention d'un tiers pour que nous apprenions que quelques mois auparavant il a été atteint de fièvre typhoïde. De fait, sa maladie évolue ultérieurement comme une pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse. La séro-réaction est bien une réaction spécifique, mais sa spécificité n'a point un caractère absolu ; en effet, elle s'applique souvent à tout un groupe de germes produisant des réactions agglutinantes de groupe, de coagglutinations et le fait a une certaine importance, car les infections typhoïdiques ne sont pas unes au point de vue étiologique, elles reconnaissent comme cause des germes voisins mais différents, qui peuvent être agglutinés par un sérum autre qu'un sérum homologue. Il ne nous paraît pas utile d'insister outre mesure sur les difficultés que présente la distinction du paratyphus et de la fièvre typhoïde par la seule épreuve de la séro-réaction. Retenons seulement que Lentz la croit suffisante pour trancher dans tous les cas le diagnostic : lorsqu'il s'agit de la fièvre typhoïde, par exemple, le sérum du malade donnerait le maximum de son pouvoir agglutinant à l'égard du bacille d'Eberth en 1/2 heure ; il mettrait au contraire deux heures pour le donner en présence de paratyphiques; s'il s'agit de fièvre paratyphoïde, on observerait des phénomènes inverses. Sans aller avec Zupnik jusqu'à admettre que la séro-réaction appliquée au groupe typhique ne peut révéler qu'une action due à ce groupe sans pouvoir déterminer l'espèce en cause, il faut bien reconnaître que même les auteurs qui croient à sa valeur clinique estiment que l'on doit rechercher le taux de l'agglutination pour spécifier à quelle affection l'on a affaire. Or, en pratique, on fait la séro-réaction éberthienne à 1/50 ; si elle est positive le malade est considéré comme typhique ; on peut avoir ainsi des erreurs et nous en avons observé une encore tout récemment qui a été corrigée par l'hémoculture. Si elle est négative, on la renouvelle, et on fait appel à des cultures de paratyphus. On peut alors être obligé de rechercher quel est le germe à l'égard duquel le sérum a les propriétés agglutinantes les plus fortes, mais cette constatation ne donne pas encore une garantie absolue à moins que le germe en question ne soit l'Eberth (Sacquépée et Chevrel). Signalons encore cette particularité que le sérum des tuberculeux peut parfois agglutiner le bacille typhique au taux de 1/50. En somme, la séro-réaction est un excellent procédé de laboratoire pour faire le diagnostic de la fièvre typhoïde ; sa valeur est surtout considérable au cours du deuxième septénaire, il faut toujours se renseigner très exactement sur les antécédents du malade pour savoir s'il n'a pas eu une fièvre typhoïde antérieure. Elle apparaît parfois tardivement, au moment de la convalescence et n'offre pas toutes les garanties désirables pour faire le diagnostic étiologique des diverses infections typhoïdiques ; au taux de 1/50, elle expose à des erreurs chez les tuberculeux.

***

La recherche du bacille d'Eberth dans le sang a été pratiquée dès la découverte de ce germe, elle n'a tout d'abord pas fourni de résultats, ou plutôt les constatations positives furent au début tellement rares que la présence du bacille dans le sang a été considérée comme tout à fait exceptionnelle. Nous verrons bientôt que les idées se sont

complètement modifiées à ce point de vue et qu'actuellement on estime au contraire qu'au début de la maladie tout au moins, la présence du bacille typhique dans le sang est la règle. On a essayé tout d'abord de déceler le germe par l'examen microscopique du sang, mais comme le fait remarquer Canon, les recherches effectuées dans ce but tombèrent bientôt dans l'oubli ; il faut néanmoins que nous fassions remarquer que Poppelmann a essayé tout dernièrement d'attirer à nouveau l'attention sur ce procédé. Il colore le sang étalé par la méthode de May-Grünwald associée ou non à une coloration par le Giemsa. Poppelmann donne sa méthode comme particulièrement recommandable aux praticiens, mais même si les résultats qu'elle a fournis à son auteur se confirmaient, on pourrait toujours lui objecter qu'elle ne permet pas le diagnostic différentiel entre les états typhoïdes, que des impuretés, des précipités peuvent induire en erreur.

***

La culture du sang a donné des résultats beaucoup plus probants et c'est à Castellani que revient le mérite d'avoir découvert une technique permettant de mettre le germe en évidence d'une façon à peu près constante. Il ensemence de 5 à 40 gouttes de sang dans des ballons contenant 300 cc. de bouillon et il obtient 12 résultats positifs sur 14. Auerbach et Unger, Cole, Hewlett utilisent la méthode de Castellani plus ou moins modifiée et obtiennent des résultats analogues. Au reste, tous les procédés de recherches en bouillon s'inspirent de la méthode de Castellani. En 1902 M. J. Courmont montre que si l'on ensemence de 2 à 4 cc. de sang dans 300 à 500 cc. de bouillon, on décèle d'une façon constante le bacille de la fièvre typhoïde dans le sang des typhiques. La culture en bouillon donne des indications précises en 24 ou 48 heures, mais il faut attendre jusqu'au 5e jour pour qu'un résultat négatif puisse avoir une signification. En 1902, en collaboration avec M. Lesieur, J. Courmont revient sur le sujet, les auteurs montrent que le bacille d'Eberth se trouve d'une façon constante dans les formes classiques et graves de la fièvre typhoïde, ils pensent que l'on pourrait se servir comme milieu de culture du milieu Cambier. Dès 1901, M. Busquet avait affirmé la présence constante du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques, ses publications paraissent en 1902 et précisent sa technique. Il prélève le sang dans une veine du pli du coude, puis il le répartit « dans des ballons contenant 250 cc. de bouillon. Le nombre des ballons ensemencés est en moyenne de 20 à 30, ils sont ensuite placés dans l'étuve à 37° ». Dans les cas où d'emblée, il n'est pas arrivé à isoler le bacille typhique, Busquet, en répétant les opérations 2, 3 et 4 fois (10 fois sur 43 examens) a toujours réussi à le déceler. Widal n'a pu le constater dans les formes légères ; en revanche, dans 20 cas de fièvre typhoïde d'intensité moyenne, il l'a trouvé 17 fois, et la séro-réaction fut toujours simultanément positive. Citons encore les publications de Berri, Troussaint, Mammi, Le Pape, Ruediger, Avata, Orlwosky, Perquis qui, en 1903, avait déjà fait en collaboration avec Sacquépée une publication sur le sujet, le reprend en 1904 dans sa thèse inaugurale. Il fait à l'aide d'une seringue de Roux une ponction veineuse, répartit le sang dans des tubes stériles contenant du verre pilé, agite pendant quelques minutes en vue de la défibrination ; enfin il ensemence une quantité variant de XV à XXX gouttes de ce sang défibriné dans 3 ballons contenant de 80 à 120 cc. de bouillon. A l'aide de cette méthode, Perquis arrive à déceler le bacille d'Eberth 38 fois sur 40 examens, encore dans les 2 cas où il ne l'a pas constaté, s'agissait-il de malades arrivés au 30e et au 33e jour de leur affection. Il le trouve même dans les formes bénignes, dans celles où l'on diagnostique cliniquement un embarras gastrique fébrile. D'une façon générale, la culture en bouillon, dont la valeur est encore attestée par les recherches de Hirsch, Quillen et Lévy, de Meyer de Silberberg etc., est donc très recommandable. On peut lui reprocher de nécessiter de trop grandes quantités de milieu nutritif et de donner parfois des résultats tardifs. L'utilisation de ballons gêne en particulier le transport des milieux de culture, et lorsque le laboratoire n'est pas dans le même établissement que le malade, il peut en résulter des difficultés d'ordre pratique qui restreindront et ont effectivement restreint l'emploi de la méthode.

Un an après l'apparition du travail de Castellani, Schottmüller publiait le résultat de ses propres recherches ; mais au lieu de se servir d'un milieu liquide, il utilisait un milieu solide, la gélose sanglante. Schottmüller prélève au niveau du pli du coude 20 cc. de sang qu'il répartit dans des tubes de gélose liquéfiée et ramenée à une température de 45° ; il mélange 3 cc. de sang à 6 cc. de gélose et verse le tout dans une boîte de Petri. Ce procédé a eu son moment de vogue ; en Allemagne, Curschmann, Jochmann, l'ont employé avec succès, Mirhead l'a utilisé en Angleterre, Schüffner y a ajouté de la bile, et Roosen Runge a composé un milieu gélosé auquel il ajoute 10 grammes de glycocholate de soude 10/00. Le gros avantage des milieux solides est de permettre une numération des bactéries, et on sait que certains auteurs, Stülhern notamment, ont pu tirer de la numération des germes des conclusions au point de vue du pronostic de la maladie. Mais il est à noter que le procédé de Schottmüller donne des résultats plus tardifs que l'ensemencements en bouillon et qu'il doit par conséquent en pratique lui céder le pas. Il nous paraît inutile d'insister ici sur l'emploi des milieux qui ont été préconisés pour la recherche du bacille typhique dans les matières fécales, ils n'ont donné au point de vue de l'hémo-diagnostic en effet que des résultats médiocres, en raison de leur composition, qui les adapte à un but très spécial.

Les études faites précédemment sur l'hémoculture avaient montré qu'il fallait ensemencer une quantité assez considérable de sang et surtout que ce sang devait être abondamment dilué dans le milieu nutritif. Conradi, se basant sur des recherches antérieures, attribua la nécessité de cette dilution au pouvoir bactéricide du sérum et pensa que si l'on avait à sa disposition un milieu nutritif rendant le sang incoagulable, on pourrait, avec des quantités moindres de sang, obtenir de très bons résultats. Rolly avait déjà essayé de résoudre le problème et proposé une solution peptonée sucrée permettant de rendre le sang incoagulable, mais il fallait prélever 20 cc. de sang, de plus elle ne devait servir qu'à ce but et ne dispensait point de cultures ultérieures. Elle avait donc au moins autant d'inconvénients que le bouillon. C'est pourquoi Conradi lui préféra la bile, celle-ci rend en effet le sang incoagulable, et lors de ses études, on se persuadait de plus en plus de l'affinité qu'a pour elle le bacille typhique. Conradi constitua son milieu de la façon suivante :

Bile........................	100
Peptone.....................	10
Glycérine...................	10

Ce dernier corps aurait pour résultat d'empêcher le développement des germes saprophytes. Lorsque l'on retire le sang par une ponction veineuse et nous pensons que c'est là le seul procédé recommandable, on ajoute 3 à 5 cc. de sang à 10 ou 20 cc. de bile peptonée glycérinée.

Après une durée de 10 à 16 heures à l'étuve, on ensemence sur 4 plaques de Drigalski-Conradi pour procéder à l'isolement des colonies typhoïdiques et les identifier. Le milieu de Conradi est donc très facile à préparer, celui de Kayser l'emporte encore par sa simplicité ; l'auteur, dont les études sur l'affinité de l'Eberth pour la bile et les voies biliaires sont classiques, utilise comme milieu de culture 5 cc. de bile de bœuf dans laquelle il ensemence 2 cc. 5 ou 3 cc. de sang ; puis après séjour de 10 à 16 heures à l'étuve, il ensemence sur milieu de Drigalski-Conradi, Endo ou Lœffler, etc., pour différencier et identifier les colonies.

Les milieux de Conradi, de Kayser surtout, sont extrêmement simples à préparer, un tube à essai peut contenir les 8 cc. de liquide que nécessite le procédé de Kayser. Aussi ont-ils été très employés en Allemagne et ailleurs. Leurs résultats sont tout aussi bons que ceux que l'on obtient en utilisant de grandes quantités de bouillon ; les résultats publiés par Kayser, Veil, Blum en Allemagne, Stühlern, Zeidler, Padlewsky en Russie et d'autres le prouvent surabondamment. La culture est plus rapide qu'en bouillon, elle nécessite 24 heures au plus, rarement 36 heures, elle nous paraît donc la méthode de choix. Meyerstein a proposé de substituer à la bile un milieu à base de sels biliaires, mais cette complication nous paraît inutile, malgré les résultats favorables qu'aurait obtenus Bohne.

***

Lorsque Conradi imagina le milieu de bile peptonée glycérinée, il pensait pouvoir rendre service surtout aux médecins praticiens. Il est fréquent en effet dans la clientèle de rencontrer des résistances à la ponction veineuse. Or, Conradi pensait que son procédé permettait de faire des hémocultures en prélevant simplement du sang par piqûre du lobule de l'oreille ; on peut obtenir de cette façon 1/2 à 2 cc. de sang qui, mélangé à 3 fois son volume du milieu spécial décrit ci-dessus, donnerait une hémoculture positive dans la moitié des cas environ. C'est trop peu, et dès lors qu'on demande à l'examen du sang des renseignements précis pour le diagnostic, il faut se mettre dans les meilleures conditions possibles pour les obtenir.

On a cherché également à se servir du caillot qui reste dans les tubes servant aux envois de sang pour sérodiagnostic, pour rechercher le bacille d'Eberth. Müller et Graf, Kurpjuveit, en étalant ce caillot à la surface de plaques de gélose de Drigalski-Conradi, auraient obtenu des succès appréciables, nous avons essayé également ce procédé, mais nous n'en avons pu obtenir de résultats favorables bien qu'il nous ait permis d'isoler notamment un paratyphus B. Fornet a perfectionné la méthode en recommandant d'ensemencer les caillots dans de la bile, et en procédant de la sorte, Conradi aurait obtenu un chiffre notable de succès au début de la fièvre typhoïde. Il s'agit là de constatations intéressantes, mais trop sujettes à variations pour que l'on puisse les utiliser dans la pratique.

En somme l'hémoculture révèle fréquemment le bacille typhique ou paratyphique dans le sang quand on emploie une quantité de bouillon suffisante, ou 5 cm³ de bile et une quantité de sang également suffisante, on obtient des résultats positifs dans le plus grand nombre de cas. De l'avis de la généralité des auteurs, c'est au début de la maladie que l'on a le plus de chance de rencontrer le bacille dans le sang, et dès les premiers jours, dès le 4e tout au moins ; à partir de la fin de la seconde semaine les succès sont beaucoup moins nombreux et certains bactériologues ont même voulu opposer la bactériémie au pouvoir agglutinant du sérum, la première disparaissant au fur et à mesure que le second se développe ; ce n'est point exact. La constatation du bacille dans le sang peut donc être considérée comme un excellent signe de diagnostic précoce. Conradi l'a même trouvé à la fin de la période d'incubation de la maladie, on le rencontre même dans les formes légères, Perquis, Conradi, Stülhern, Geidler, etc. ; tout au plus pourrait-on dire que sa présence est moins constante dans les formes atténuées que dans les formes moyennes et surtout que dans les formes sévères. Au surplus, nous croyons qu'il est utile d'augmenter quelque peu la quantité de sang indiquée par Kayser ; dès lors que l'on fait une ponction veineuse, il est tout aussi facile de prélever 5 cc. de sang que d'en prélever la moitié, et les résultats, semble-t-il, seront plus favorables. Il y a lieu cependant de signaler ici un point particulier qui entraîne la nécessité de faire des réserves bien faibles, il est vrai, sur la valeur de l'hémo-culture pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde. On a publié en effet ces temps derniers des observations de septicémie éberthienne chez des personnes présentant une affection autre que la dothiénentérie (tuberculose, pneumonie, septicopyohémie banale) (Krehl, Busse, Krokiewiez) et sans que la clinique ou même l'examen anatomo-pathologique ait permis de déceler la dothiénentérie, et Busse conclut de son travail que, même en présence de signes cliniques rappelant la fièvre typhoïde, la présence du bacille d'Eberth dans le sang n'est pas un caractère permettant d'affirmer avec une certitude absolue qu'il s'agit de dothiénentérie. La réserve de Busse s'explique par ses constatations, elle ne diminue pas la valeur pratique de l'hémoculture.

Au cours d'une petite épidémie qui a sévi cet été, nous nous sommes servis de la technique suivante pour déceler les bacilles du groupe typhique dans le sang. Nous prélevions dans une veine du pli du coude 4 à 5 cc. de sang que nous ensemencions dans des tubes à essai contenant 6 à 7 cc. de bile de bœuf stérile. Les tubes séjournaient 18 heures à l'étuve ; nous en examinions le contenu au microscope, lorsque notre recherche était positive nous procédions à l'isolement et à l'identification du germe. L'isolement se faisait en boîte de Petri, sur gélose d'Endo, par l'étalement d'une goutte de culture au moyen d'une œse triangulaire ; 18 à 20 heures après, on trouvait sur milieu d'Endo des colonies bien isolées dont les divers caractères pouvaient être facilement étudiés ; nous les soumettions pour les identifier à l'épreuve de l'agglutination et à la culture sur les divers milieux : bouillon, gélose, gélatine, bouillon lactosé carbonaté, bouillon au neutralroth, petit-lait tournesolé de Petruschky, lait. Mais cette façon de faire nous parut un peu longue, le paratyphus B acidifie et trouble le petit lait tournesolé, puis il le rend alcalin, et le fait virer au bleu en même temps qu'il se forme un voile, mais les délais de la transformation ne sont pas fixes et comportent plusieurs jours, il opanilise le lait, mais seulement au cours du second et du troisième septénaire, il produit, à l'inverse du bacille typhique, des gaz dans les milieux glucosés, mais cette propriété est commune au paratyphus A et au paratyphus B, aux microbes des intoxications alimentaires et au coli. Aussi, comme le but de nos investigations était d'ordre surtout pratique, avons-nous recherché un procédé permettant de dire rapidement et avec le minimum de milieux de culture si un germe provenant du sang est un Eberth, un paratyphus A, un paratyphus B ou un coli. Ce but, il nous a semblé que les solutions typhoïdes et paratyphoïdes indiquées par Lœffler le remplissaient. Nous donnons ci-dessous la façon de les préparer :

✦

1° Solution typhoïde.

On prend 800 cc. d'eau distillée, on leur ajoute 40 gr. de peptone, 20 gr. de glucose, on dissout à chaud, on ajoute 30 cc. d'une solution normale de potasse, puis une solution de 20 gr. de nutrose dans 200 gr. d'eau que l'on chauffe à 70°, enfin 100 gr. de lactose. On répartit en flacons de 100 gr. et on stérilise pendant 3 jours consécutifs pendant dix minutes dans la vapeur fluente.

2° Solution paratyphoïde.

La solution paratyphoïde ne diffère de la précédente que parce qu'elle ne contient pas de glucose.

Pour composer les différents milieux préconisés par lui, Lœffler a édicté les règles suivantes :

A. à 100 cc. de la solution typhoïde et à 100 cc. de la solution paratyphoïde on ajoute 1 cc. d'une solution stérile de vert malachite cristallisée, chimiquement pure (Hochst) à 0,2 %.

B. A 100 cc. de la solution paratyphoïde on ajoute 1 cc. d'une solution de safranine pure (Grubler) à 0,2 % et 2 cc. d'une solution de vert malachite à 0,2 %.

C. à 100 cc. de la solution typhoïde et à 100 cc. de la solution paratyphoïde on ajoute 1 cc. d'une solution de safranine à 0,2 %, 2 cc. d'une solution de vert malachite à 0,2 % et 3 cc. d'une solution de Reinblau (Hochst) à 1 %.

D. A 100 cc. de la solution typhoïde et à 100 cc. de la solution paratyphoïde, on ajoute 1 cc. de safranine à 0.2 % et 3 cc. de Reinblau à 1 %.

Nous avons essayé les 4 catégories différentes de milieux imaginés par Lœffler ; nous avons ensemencé chacun avec 12 espèces différentes de bacilles typhiques, 1 paratyphus A, 4 paratyphus B, 1 bacille de Gaertner, 3 coli et nous avons obtenu des renseignements concordant avec ceux de l'auteur; nous pensons même qu'il n'est point utile de recourir à tous les milieux indiqués, la solution typhoïde additionnée de vert malachite nous a donné d'excellents résultats et comme réactif paratyphoïde on peut utiliser l'une quelconque des solutions que nous avons indiquées : celle qui figure sous la rubrique B, additionnée de vert malachite et de safranine, paraît très suffisante. Si, dans ces milieux, on ensemence les germes que nous avons énumérés, on constate que :

1° Dans la solution typhoïde additionnée de vert malachite, le bacille typhique détermine, après 24 heures de séjour à l'étuve, une coagulation massive, analogue à la coagulation du lait, le liquide sus-jacent est vert et clair.

Les paratyphiques, le Gaertner, le coli, provoquent en 24 heures à 37° une vive fermentation, la nutrose se dépose en grumeaux sales sur les parois du tube, le liquide se recouvre d'un voile vert.

2° Dans la solution paratyphoïde additionnée de vert malachite et de safranine :

Le bacille typhique et le paratyphus A ont donné en 24 heures une teinte violette un peu plus sombre, le paratyphus B et le Gaertner ont donné en 24 heures au liquide une belle coloration rouge. Le coli a produit de la fermentation et a donné au tube un aspect gris violacé sale.

Nous avons chez 14 typhoïdiques obtenu par le procédé de Kayser 13 résultats positifs, le résultat négatif a été constaté chez un malade chez lequel nous n'avons fait une ponction veineuse qu'au cours du 2ᵉ septénaire ; sur ces 13 résultats positifs, après isolement des colonies sur Endo, nous avons trouvé en utilisant les milieux de Lœffler 10 cas de fièvre typhoïde éberthienne et 2 cas de paratyphoïde B. Le diagnostic différentiel entre les deux germes a pu être établi en 24 heures, sans l'aide du microscope, sans recherche de l'agglutination, etc., et ultérieurement les ensemencements en différents milieux et les épreuves complémentaires n'ont fait que le confirmer. Chez tous nos malades, sauf un, l'ensemencement du sang a été pratiqué 24 heures au plus tard après leur entrée dans notre division, chez un infirmier atteint de paratyphus B, cet ensemencement fut pratiqué dès qu'il eut constaté qu'il présentait une élévation de température et donna un résultat positif. Les deux cas de fièvre paratyphoïde ont évolué comme des embarras gastriques fébriles ; il est à noter cependant que l'un débuta assez brusquement par des vomissements et une diarrhée abondante pour évoluer rapidement d'une façon favorable ; l'autre se compliqua d'ulcérations du pharynx et de laryngite, sans qu'à un moment quelconque on ait observé d'accidents de laryngotyphus proprement dits. Sur les 11 cas de fièvre typhoïde, 1 a été compliqué d'hémorragie intestinale, 1 a été suivi de décès, 5 ont évolué comme des fièvres typhoïdes d'intensité moyenne et 4 ont eu une allure particulièrement bénigne et auraient pu être étiquetés : embarras gastrique fébrile.

Conclusions : le meilleur procédé de diagnostic précoce des infections typhoïdiques est l'hémoculture.

La technique la plus simple est l'ensemencement de 3 à 5 cc. de sang dans un tube contenant 6 à 7 cc. de bile de bœuf stérile. L'isolement du germe peut se faire sur boîtes de Petri contenant du milieu d'Endo. Sa nature, lorsqu'il appartient au groupe typhique peut être établie en 24 heures en utilisant une des formules de solution typhoïde et de solution paratyphoïde, données par Lœffer.

UROLOGIE

L'urobiline. — Procédés de recherche ;

Par René DURAND, pharmacien de 1ʳᵉ classe,
Interne des Hôpitaux de Paris.

L'*urobiline* ou *hydrobilirubine* dérive de la *bilirubine* par hydrogénation ; elle se rencontre en très faibles proportions dans l'urine normale, en plus fortes proportions dans certaines urines pathologiques et en grande quantité dans les fèces ; elle porte dans ce cas le nom de *stercobiline*.

L'urobiline n'a jamais été obtenue d'une façon absolument pure des liquides qui la renferment ; on n'a jamais pu l'obtenir cristallisée et de là, la formule chimique qu'on lui donne est discutable.

La formule de la bilirubine étant $C^{32}H^{36}N^4O^6$, l'hydrobilirubine ou urobiline aurait pour formule $C^{32}H^{40}N^4O^7$. On a pu l'obtenir en faisant réagir l'amalgame de sodium sur la bilirubine, on a alors cette réaction :

$$C^{32}H^{36}N^4O^6 + H^2 + H^2O = C^{32}H^{40}N^4O^7$$

Origine : La présence de l'urobiline dans l'urine et sa signification ont donné lieu à plusieurs hypothèses.

Pour MM. Hayem et Tissier, l'urobiline est un pigment fabriqué par un foie malade, un foie sain produit les pigments normaux de la bile, la bilirubine.

Pour MM. Gilbert et Herscher l'urobiline trouvée dans l'urine est fabriquée au niveau du rein : elle provient de l'action hydrogénante de celui-ci sur les pigments biliaires contenus dans le sang.

L'intestin à l'état normal fabrique une grande quantité d'urobiline, par réduction de la bilirubine. Pour certains

auteurs, une partie de l'urobiline de l'intestin passerait dans le sang et serait détruite par le foie ; mais si celui-ci, par suite d'une insuffisance, laissait passer l'urobiline, on la retrouverait dans l'urine. Or, MM. Gilbert et Herscher ont démontré que, dans ce cas, le foie n'était nullement insuffisant, qu'il n'était pas plus une barrière au passage de l'urobiline et que cette urobiline ne pouvait être fabriquée que par le rein, car le sang dans ces cas d'urobilinurie contient de grandes quantités de pigments biliaires ; dans l'urine, on ne retrouve pas de ces pigments ; on ne retrouve que de l'urobiline. Il n'y a que lorsqu'il y a surabondance de pigment biliaire, que le rein alors devient insuffisant à transformer ces pigments en urobiline et laisse passer alors la bilirubine et les autres composants de la bile ; on a alors l'urine ictérique après avoir eu l'urine urobilinique.

Procédés de recherche dans l'urine. — L'urobiline existe sous deux états :

1° A l'état d'*urobiline* toute formée : dans ce cas, elle donne à l'urine une coloration jaune rougeâtre très nette, si bien qu'un œil exercé peut facilement, au premier examen visuel, soupçonner sa présence dans l'urine ;

2° A l'état de *chromogène* qu'il suffit d'oxyder par l'iode pour la transformer en urobiline.

Plusieurs procédés de recherche de l'urobiline ont été donnés par divers auteurs ; tous ces procédés sont basés sur la fluorescence que l'urobiline en solution chloroformique donne avec les sels de zinc. Sa présence peut aussi être mise en évidence par l'examen au spectroscope.

Examinons ces divers procédés et ceux que nous employons journellement :

Procédés basés sur la fluorescence en présence des sels de zinc : Procédé Grimbert. — Cet auteur commence à déféquer l'urine avec le réactif de Denigès au sulfate acide de mercure. Pour cela, on prend 30 cm³ d'urine et 20 cm³ du réactif de Denigès ; on agite et laisse en repos quelques minutes, le mélange est ensuite filtré. Dans ce filtrat, on ajoute 5 cm³ de chloroforme ; on agite, on laisse reposer, on décante le chloroforme, on le filtre sur du coton hydrophile afin de le séparer de l'eau qui aurait pu rester en émulsion. Le chloroforme, ainsi séparé et parfaitement clair, est additionné de réactif de Roman-Delluc (acétate de zinc, 1 gr. ; alcool à 95°, 1.000 gr. ; acide acétique, 10 gouttes) jusqu'à dissolution ; on obtient ainsi une fluorescence verte si l'urine contient de l'urobiline. — Ce procédé a un inconvénient, c'est que la défécation préalable au sulfate acide de mercure précipite l'urobiline en grande partie et qu'on n'obtient la fluorescence caractéristique que si l'urine contient une proportion notable d'urobiline.

Pour rechercher l'urobiline à l'état de chromogène, on oxyde préalablement ce chromogène avec la liqueur de Gram (iode iodurée) et on opère comme il a été dit précédemment.

Procédé employé par MM. Gilbert et Herscher. — On met dans un verre à pied, verre dit à expériences, 60 cm³ d'urine filtrée et 20 cm³ d'alcool amylique ; on agite au moyen d'une baguette de verre ; en ayant soin de ne pas battre l'urine afin d'éviter l'émulsion, mais en frottant les parois du verre. On laisse ensuite le liquide en repos pendant cinq minutes ; on décante soigneusement le liquide superficiel qui doit être teinté en jaune rougeâtre s'il contient de l'urobiline ; puis, dans ce liquide, on ajoute 3 ou 4 gouttes de chlorure de zinc ammoniacal à 5 % ; si l'urine contient de l'urobiline, on obtient une magnifique fluorescence verte.

Recherche du chromogène de l'urobiline

Procédé de MM. Gilbert et Herscher. — On met dans un tube à essai environ 2/3 d'urine filtrée pour 1/3 de chloroforme ; on agite le mélange par renversement en bouchant la partie supérieure du tube avec le pouce ; l'agitation doit être faite modérément pour éviter l'émulsion du chloroforme ; on laisse en repos pendant 5 minutes ; ensuite au moyen d'une pipette on aspire la partie inférieure du liquide, c'est-à-dire la partie chloroformique ; on la filtre sur un tampon de coton hydrophile engagé dans la douille d'un entonnoir ; ce moyen de filtration du chloroforme, préconisé par M. Grimbert, est excellent, il permet d'obtenir du chloroforme parfaitement limpide et débarrassé de tout liquide aqueux. Nous avons donc une liqueur chloroformique limpide contenant le chromogène de l'urobiline contenu dans l'urine : à cette liqueur on ajoute une goutte ou deux d'acide nitrique ; s'il y a du chromogène, le chloroforme se colore en rose ; la coloration passe ensuite au brun s'il y en a en abondance.

Ces procédés de recherche de l'urobiline et du chromogène de l'urobiline ont l'avantage sur les précédents : d'éviter une défécation qui entraîne une grande partie de l'urobiline ; ils sont plus simples et, très souvent nous avons trouvé de l'urobiline et obtenu de belles fluorescences vertes dans des urines où les procédés indiqués ci-dessus n'avaient rien donné.

Nous avons légèrement modifié le procédé employé par MM. Gilbert et Herscher pour la recherche de l'urobiline dans l'urine : au lieu d'ajouter du chlorure de zinc ammoniacal dans l'alcool amylique ; nous ajoutons 1 ou 2 cc. du réactif de Roman-Delluc, ces deux liquides étant miscibles, on obtient un liquide parfaitement limpide et la fluorescence est par conséquent plus facile à apercevoir. Tandis que le chlorure de zinc ammoniacal et l'alcool amylique n'étant pas miscibles on obtient un liquide louche, il faut attendre que la séparation soit complète pour apercevoir nettement la fluorescence.

Urobiline totale. — On peut rechercher l'urobiline et le chromogène dans la même opération ; pour cela on transforme le chromogène en urobiline en l'oxydant par 5 cc. de liqueur de Gram et l'on opère comme il a été dit précédemment, avec 60 cc. d'urine et 20 cc. d'alcool amylique ; décante l'alcool amylique avec précaution et ajoute le réactif de Roman-Delluc on obtient ainsi la fluorescence caractéristique.

Recherche d'une faible quantité d'urobiline. — Souvent, on a à rechercher de petites quantités d'urobiline dans une urine, on peut toujours mettre celle-ci en évidence par le procédé suivant.

On prend, suivant les cas, 100 ou 200 cc. ou même 300 cc d'urine filtrée, que l'on met dans une ampoule à décantation, on y ajoute 60 % de sulfate d'ammoniaque, c'est-à-dire une quantité plus que suffisante pour saturer l'urine ; l'urobiline est ainsi précipitée avec quantité d'autres matières : puis 20 d'alcool amylique ; dans ce cas l'urobiline précipitée est très soluble dans l'alcool amylique ; puis on agite le tout modérément pour éviter l'émulsion et laisse le tout en repos, quand la séparation est effectuée, on décante le liquide inférieur et recueille l'alcool amylique, on prélève une portion limpide et ajoute le réactif de Roman-Delluc. Ce procédé nous a permis de retrouver de très petites quantités d'urobiline dans l'urine.

Recherche par le spectroscope. — On peut examiner di-

rectement avec l'urine filtrée, mais il vaut mieux traiter l'urine par le chloroforme comme il a été dit plus haut dans la recherche du chromogène par le procédé Gilbert et Herscher ; une fois ce chloroforme décanté et filtré, on ajoute le réactif de Roman-Delluc, ou une goutte d'acide nitrique et examine ; on voit une bande d'absorption unique située dans le vert, entre E et F.

Dosage de l'urobiline. — Nous ne voudrions pas nous étendre sur les divers procédés qui ont été préconisés ; mais il faut bien dire qu'en l'état actuel des choses, on ne peut pas doser l'urobiline, attendu que ce corps est chimiquement mal défini, on n'a jamais pu l'obtenir pur et cristallisé, et les dosages qui ont été donnés par ces procédés sont quelque peu fantaisistes.

Autant il est facile de mettre en évidence de petites quantités d'urobiline, autant il est difficile d'en apprécier la quantité exacte. On ne peut guère répondre qu'il y en a peu ou il y en a en quantité notable.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Tuberculose et hygiène hospitalière.

Vous connaissez la boutade de l'humoriste : réunissez un certain nombre d'hommes fort intelligents ; il est à craindre que de leur assemblage, il ne sorte que des résolutions souvent fort discutables. C'est pourquoi on a créé de nombreuses académies ; c'est pourquoi aussi on a fondé le Conseil de surveillance de l'Assistance Publique.

Interrogez chaque membre de ce conseil sur l'hygiène et la tuberculose : il vous répondra des choses fort sensées ; mais demandez au Conseil réuni d'émettre un règlement, voici ce qu'il décidera : le tuberculeux dans une salle d'hôpital est un danger pour ses voisins non tuberculeux.

C'est pourquoi il a été décrété que, dorénavant, chaque hôpital posséderait un service de non tuberculeux, tous les autres services étant consacrés aux tuberculeux. Cependant comme ce service unique sera heureusement insuffisant pour recueillir tous les non tuberculeux, on versera le supplément par petits paquets, dans les autres salles des tuberculeux.

Telle est la mesure projetée, et paraît-il, prochainement appliquée. Je la crois fort critiquable. Il sera d'abord très difficile au médecin consultant de faire, tous les matins, le partage des deux séries de malades, à cause de l'encombrement croissant des salles de consultation. Mais je suppose l'élimination faite dans les meilleures conditions. Ceux qui auront la chance d'aller dans la salle des non tuberculeux, éviteront évidemment toute contamination ; mais ceux d'entre eux qui seront versés, faute de place, dans les service des tuberculeux, courront plus que jamais le risque de l'infection. La mesure va donc à l'encontre de l'hygiène véritable.

Que pourrait-on faire afin de satisfaire l'opinion publique trop alarmée, et aussi afin d'être utile aux malades et cela sans surcharge le budget de la Ville de Paris ? La réponse m'a été donnée par un confrère fort distingué, quoique n'étant pas du Conseil de surveillance ; je transcris son opinion et la partage pleinement. On a exagéré le danger de la contagion ; les expériences de Le Noir prouvent en effet que l'air des salles ne renferme que fort peu de bacilles de Koch. Mais quel est le tuberculeux qui projette dans cet air les rares bacilles rencontrés ? Est-ce le tuberculeux du début, à lésions fermées, dont les lésions sont améliorables ? Certes non : alors on peut le garder dans les salles ordinaires, sans faire courir de danger à son entourage.

Le tuberculeux dangereux, et encore à un degré bien moindre qu'on ne suppose, c'est le tuberculeux cavitaire. Celui-ci, à l'encontre du premier qui ne fait que passer dans les salles, séjourne un longtemps dans les hôpitaux, le plus souvent jusqu'à sa mort. Dans ces conditions, pourquoi ne pas généraliser une mesure déjà appliquée dans quelques services, pourquoi ne pas isoler seulement ces tuberculeux cavitaires dans une salle annexée à chaque service ? Leur sélection se fera facilement dès la salle de consultation ; leur isolement ne grèvera pas de beaucoup le budget de l'Assistance, l'hygiène sera sauvée, et tout le monde content.

Mercredi dernier, a eu lieu à Necker une cérémonie fort touchante : les élèves de M. Huchard se réunissaient une dernière fois pour témoigner toute leur affection au Maître atteint par la limite d'âge. On y a entendu une allocution véritablement émue et exquise du Dr Rénon, une causerie empreinte d'humour du Pr Robin, et enfin un poème vibrant du Dr Gillet. Et puis est survenue la réponse du Maître, merveilleuse comme toutes ses improvisations. L'enseignement hospitalier perd en M. Huchard un de ses orateurs les plus illustres. Il a le verbe facile, la parole nette et colorée, le terme juste et pittoresque qui frappe profondément l'imagination de l'élève. Le *Progrès Médical*, un des vétérans de la presse médicale, se devait d'envoyer un salut ému au Dr Huchard, cet autre vétéran réputé du journalisme médical français.

F. R.

MÉDECINE PRATIQUE

Hygiène et thérapeutique au cours de la fièvre typhoïde;

Par J. MILHIT.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La fièvre typhoïde est certainement l'une des affections au cours de laquelle le médecin est particulièrement utile à son malade : ce n'est pas uniquement, en effet, par des médicaments qu'il combat les progrès de la maladie ; ce n'est pas non plus seulement par la balnéation, la sérothérapie ; c'est encore et surtout par la mise en pratique d'une hygiène de tous les instants.

Nous avons étudié déjà dans ce journal le mode d'action de la sérothérapie antityphique (1) (action opsonisante), et donné des indications pratiques concernant la balnéation (2). Nous allons compléter cette thérapeutique de la fièvre typhoïde par l'exposé de notions pratiques qui, chaque jour, au lit du typhique, trouveront leur emploi : nous n'hésitons pas à ajouter que ces petits soins, dont la minutie fera peut-être sourire le lecteur, ont une utilité de tout premier ordre et qu'ils sont certainement pour beaucoup dans le résultat heureux d'une cure particulièrement difficile.

(1) MILHIT. — Fièvre typhoïde et opsonines. *Progrès médical*, juillet 1909.
(2) MILHIT. — La balnéation dans la fièvre typhoïde. *Progrès médical*, novembre 1908.

1° *Hygiène de la bouche.* — Il est classique de signaler parmi les symptômes de la fièvre typhoïde l'abondance des fuliginosités qui encombrent la bouche des malades, et l'aspect spécial de la langue, « *langue de perroquet* ».

En réalité, on ne devrait jamais constater pareils symptômes chez un malade convenablement soigné, car ils ne sont que la preuve du défaut de nettoyage de la bouche et de la langue : — et cependant, il est facile de prévoir les inconvénients d'un pareil état de choses : à cause de ses lèvres et de sa langue sèches et rôties, de sa gorge encombrée de fuliginosités, le malade est condamné à rester la bouche ouverte ; il est ainsi exposé à avaler des particules infectieuses capables de déterminer des troubles gastro-intestinaux, de provoquer, si elles tombent dans les poumons, des complications infectieuses, gangréneuses de la plus haute gravité ; — d'autre part, la déglutition est gênée, le malade éprouve de la difficulté à boire, et par cela même, buvant moins de lait, il s'alimente moins, toutes conditions préjudiciables au plus haut point à la mise en œuvre d'une bonne thérapeutique.

Il faut donc absolument débarrasser la bouche et la langue de ces fuliginosités, et pour y arriver il faut s'y employer plusieurs fois par 24 heures, et user de patience.

Il n'existe qu'un procédé, c'est le brossage des dents, des gencives et de la langue avec une brosse à dents, brossage suivi d'un gargarisme ou mieux d'un lavage au bock.

Ce brossage ne va pas au début sans difficultés : le malade s'y refuse , il a des envies de vomir et l'important à ce moment est d'essayer de lui faire comprendre ou tout au moins de faire comprendre à son entourage la nécessité absolue de ces soins.

On commencera par un lavage des dents, pratiqué en frottant de haut en bas, avec une brosse assez souple, trempée dans de l'eau tiède légèrement oxygénée ; on brossera ainsi les dents sur leur face antérieure, puis sur leur face postérieure.

Le temps le plus difficile consiste dans le nettoyage de la langue ; il faut parfois brosser très énergiquement pour débarrasser totalement la langue des fuliginosités qui l'encombrent ; dans ce cas on n'arrivera à un nettoyage complet qu'après plusieurs séances, et non certes sans provoquer souvent de petites hémorragies ; sans importance d'ailleurs.

Au début, il ne faut pas espérer obtenir que le malade se nettoie lui-même ; à peine la brosse a-t-elle effleuré la langue qu'un hoquet survient, et le malade renonce à continuer ; souvent même il lui est impossible de faire cet effort.

Il faut alors, à l'aide d'une compresse, saisir la langue du bout des doigts, l'attirer le plus possible au dehors, et brosser rapidement : au début, un hoquet survient suivi de plusieurs envies de vomir ; il faut connaître ces difficultés, mais ne pas s'en effrayer, et surtout ne pas se décourager ; on recommencera quelques instants après, et il n'est pas rare, dès le 4e ou 5e essai, d'effectuer un bon brossage sans provoquer la moindre envie de vomir.

Ce brossage sera répété souvent dans une journée : on profitera de ce que le malade est dans le bain pour le pratiquer ; à ce moment le malade est, en effet, en situation très favorable pour que l'on voie bien sa bouche, et d'autre part ce nettoyage le distrait un peu des sensations pénibles causées par le bain froid.

On s'efforcera d'introduire la brosse aussi loin que l'on pourra sur le dos de la langue, et si ce brossage est fait régulièrement, en moins de 2 à 3 jours, il n'y aura plus jamais ni fuliginosités ni « langue de perroquet ».

A la suite du brossage, on fait rincer la bouche du malade avec de l'eau bouillie tiède, faiblement oxygénée, et dans les cas où l'arrière-gorge est encombrée de fuliginosités, il faut faire après ce brossage un lavage au bock, de la bouche et de l'arrière-gorge. Le malade sera assis dans son lit, la tête inclinée au dessus d'une cuvette. On pourra remplacer avantageusement le bock par un clysopompe ordinaire, dont le jet plus énergique, plus facile à diriger, donne les meilleurs résultats. Tous ces soins demandent beaucoup de patience et beaucoup de temps, mais ils sont particulièrement utiles au malade.

Ce brossage fait, on devra toucher à la teinture d'iode les ulcérations labiales, linguales, s'il en existe, on pourra également recourir aux attouchements de bleu de méthylène. Enfin on complètera ces soins par un nettoyage journalier des narines, des yeux, des oreilles ; si les narines sont pulvérulentes ou croûteuses, on mettra de temps en temps un peu de vaseline mentholée, ou, ce qui est préférable, on réalisera l'antisepsie relative des fosses nasales, à l'aide de quelques gouttes d'huile mentholée résorcinée ou gomenolée.

Les résultats sont surprenants : tel malade qui ne demandait jamais à boire, qui ronflait bruyamment, la bouche ouverte, boit abondamment et avec plaisir, ne souffre plus, dort la bouche fermée en respirant par le nez, et présente une langue à peine saburrale et à peine desséchée.

Il est bon de faire, de temps en temps, sucer aux malades quelques parcelles de citron, de leur faire rincer la bouche avec un peu d'eau de Vichy lorsqu'ils ont bu du lait, et de leur humecter de temps en temps les lèvres, les gencives et la langue avec un tampon imbibé d'un mélange d'eau de Vichy et de glycérine.

2° *Hygiène de la peau.* — Il est extrêment important d'éviter les complications cutanées. Le typhique est fréquemment la proie de complications cutanées, tenant en partie surtout aux modifications de l'épiderme ramolli par les bains et au contact prolongé d'une eau plus ou moins souillée. Ces complications sont particulièrement graves : tel petit bouton sans importance, constaté la veille et négligé, est devenu le lendemain un furoncle volumineux, qu'il va falloir inciser, qui suppurera longtemps, qui peut-être essaimera de nouveaux furoncles tout autour, heureux encore quand il ne sera pas l'origine d'un phlegmon, d'une septicémie capable d'emporter le malade.

Aussi ne saurait-on trop insister sur le danger de ces complications cutanées. Le médecin devra chaque jour, à ce point de vue, examiner complètement son malade ; c'est surtout au niveau de la vulve et au niveau du siège qu'il faut surveiller l'apparition de ces infections cutanées.

On les préviendra en lavant l'anus et le sillon interfessier à l'eau et au savon, chaque fois que le malade aura été à la selle, puis en essuyant sans frotter et en poudrant ensuite largement avec peu d'amidon et de bismuth, en disposant sous le siège une couche d'ouate épaisse poudrée, ramenée en avant entre les cuisses et en évitant enfin que le siège du malade repose directement sur le drap ou la chemise.

Si l'on constate le plus petit point suspect, on le touchera immédiatement, soit à la teinture d'iode, soit avec un mélange d'iode dans l'acétone. Si l'on voit apparaître une petite vésicule de pus, on se hâtera de l'évacuer avec la pointe d'une aiguille flambée, et l'on fera ensuite un attouchement à la teinture d'iode.

Il va sans dire que, si malgré ces soins, un abcès se développe, il sera incisé et pansé avec le plus grand soin.

Parmi ces infections, une est surtout à redouter, c'est

l'*infection pyocyanique* ; si l'on constate la présence de pus bleu, il faudra recourir aux attouchements énergiques de bleu de méthylène ou de permanganate fort.

Il faudra dans tous les cas, faire de bons pansements occlusifs. Le malade étant souvent, par son grattage, la cause directe de la propagation des infections cutanées, l'on devra même parfois lui envelopper les mains pour qu'il ne puisse se gratter et transplanter ainsi les germes infectieux de proche en proche.

Quand ces infections manifesteront une tendance extrême à la généralisation, on pourra recourir aux bains complets de permanganate.

Parmi les complications cutanées, il faut spécialement insister sur la fréquence et la gravité de l'escharre fessière.

Elle est l'apanage des sujets maigres, mais peut se voir aussi chez les sujets gras, débutant alors par une pyodermite du sillon interfessier, que l'on n'a pas su dépister : elle est surtout fréquente chez les malades qui ont de la diarrhée profuse et qui macèrent dans les matières fécales et l'urine.

Il faudra dans ces cas changer les draps aussi souvent que possible, mettre, si on le peut, un matelas d'eau, bien nettoyer le siège du malade après chaque selle, poudrer largement, combattre la diarrhée.

Il faut insister également sur la gravité des abcès vulvaires qui échappent souvent, dans leur début au moins, au médecin ; il faudra les rechercher, en écartant les grandes lèvres, et il faudra surtout s'opposer à leur apparition, par des injections vaginales et des nettoyages fréquents de la vulve ; l'on pourra insinuer enfin un tampon de coton hydrophile entre les deux grandes lèvres.

Les escharres pourront apparaître également chez les sujets maigres au niveau de l'olécrâne, des talons, des malléoles ; il faut y songer, et si l'on constate au niveau de ces régions une rougeur de la peau, il sera prudent de recouvrir la peau d'une bonne couche de ouate.

Assez souvent, lorsque l'on aura dû maintenir longtemps autour du thorax un enveloppement humide, on constatera une éruption abondante de petites macules rouges à ce niveau : il suffira de supprimer alors l'enveloppement humide, et de le remplacer par une simple couche de ouate ; en 2 à 3 jours, toutes les macules auront disparu.

Dans le but d'éviter ces complications cutanées, le typhique, nous le répétons, doit être surveillé tous les jours, et la plus petite lésion constatée doit être traitée sérieusement jusqu'à guérison complète.

3° *Hygiène de l'appareil génito-urinaire*. — Nous avons signalé la nécessité des lavages du vagin et de la vulve, nous voulons maintenant insister sur la minutie toute spéciale des précautions à prendre si l'on est amené à sonder un typhique.

Plus que dans toute autre affection, il faut craindre les dangers résultant de l'infection vésicale.

On nettoiera avec le plus grand soin (savon et sublimé) la vulve ou le gland et le méat urinaire : on ne sondera qu'après s'être soigneusement lavé les mains, et en ne se servant que de sondes parfaitement aseptisées, enfin, tout cathétérisme évacuateur devra être suivi d'un lavage de vessie fait avec une solution de permanganate de K à 1/4000.

Si la typhoïde évolue chez une femme enceinte, il faudra essayer tout d'abord de s'opposer à l'avortement.

Pour cela, à la moindre contraction utérine, on donnera à la femme un lavement tiède, chaud même, de 200 cc. d'eau bouillie contenant XX à XXX gouttes de laudanum. On pourra même recourir à une piqûre de morphine.

Si l'avortement est impossible à éviter, il faudra multiplier les soins habituels d'antisepsie, donner, à titre préventif contre l'hémorragie une potion de chlorure de calcium, avoir à sa disposition de quoi pouvoir faire rapidement une injection intra-utérine, préparer également une solution injectable d'adrénaline et de sérum physiologique. Enfin, l'avortement fait, il faudra se méfier d'une hémorragie interne, et surveiller d'une manière continue la malade.

Avant de terminer l'exposé de ces considérations d'ordre pratique, nous allons exposer rapidement quelques considérations relatives à des principes *d'hygiène générale*.

4° *Hygiène générale*. — La chambre dans laquelle sera couché le typhique sera débarrassée de tous les meubles inutiles, des tapis, des tentures, etc. On évitera, pendant que l'on retirera le malade du bain, de mouiller le parquet, et, à cet effet, on pourra disposer entre la baignoire et le lit une toile cirée.

Le lit du malade sera garni également d'une toile cirée protégeant le matelas, et les effets de literie seront fréquemment renouvelés.

Pendant la période où le malade a des bains régulièrement toutes les trois heures, il vaudra souvent mieux se contenter, chez la femme surtout, au sortir du bain, au lieu de mettre une chemise, de passer simplement une camisole, que l'on boutonnera en arrière ; enfin, on veillera à maintenir dans la chambre une température de 16 à 18° et l'on ne craindra pas d'aérer très souvent la chambre.

Les objets de literie souillés de matières fécales, les urines, etc., seront l'objet d'une surveillance toute spéciale car ils sont des agents très puissants de contamination.

On désinfectera les matières fécales, les urines à l'aide d'hypochlorate de chaux, de sulfate de fer : on recommandera à toutes les personnes approchant ou soignant le malade les plus grands soins de propreté personnelle, changer d'effets, se laver les mains, etc.

Boissons.

Le lait que l'on donnera à boire au typhique aura bouilli au moins dix minutes : on fera bouillir deux fois la quantité de lait que devra prendre chaque jour le malade, une fois le matin et une fois le soir. Le lait bouilli sera conservé dans un récipient propre et bien bouché : si l'on constate chez le malade de la tendance à la diarrhée, dans la crainte que cette diarrhée ne résulte de quelque impureté du lait, on conservera alors le lait bouilli en une série de petites bouteilles hermétiquement bouchées, qui ne serviront qu'au moment même où le lait devra être absorbé.

Grâce à ce procédé, on évitera souvent ces crises de diarrhée rebelles, si fréquemment observées au cours de la fièvre typhoïde, crises que rien ne paraît expliquer et qui relèvent souvent d'une intoxication par du lait fermenté.

Comme autres boissons on donnera au typhique du thé léger, de la limonade, des infusions, en assez grande abondance, sauf s'il existe de la diarrhée ; on fera boire glacé et en petites quantités si le malade vomit ou a une hémorragie intestinale.

Toute boisson sera supprimée s'il y a soupçon de perforation intestinale.

Alimentation.

Plusieurs théories sont en présence en ce qui concerne l'alimentation des typhiques : nous nous contentons de signaler la méthode suivie à l'hôpital du Bastion 29, par

M. Chantemesse, méthode qui a toujours donné les meilleurs résultats.

Pendant toute la durée de la période, fébrile, chaque malade absorbe en 24 heures, par prises successives, environ 2 litres de lait et deux tasses de bouillon, renfermant chacune la valeur d'une à deux cuillerées de jus de viande (jus obtenu en pressant 200 gr. de viande finement hachée).

Si le lait n'est pas bien toléré, on le coupe d'eau de Vichy, d'eau de chaux, ou on recourt au képhir.

S'il y a intolérance absolue, ce qui est assez rare, on donne alors du bouillon de légumes.

Le malade est soumis à ce régime tant que la température n'a pas atteint 37, ou même n'est pas franchement descendue au-dessous de 37.

Ce n'est qu'à ce moment que l'on commence l'alimentation en donnant de petits potages, avec quelques grains de tapioca ou de vermicelle bien cuits, puis en augmentant peu à peu, en ajoutant des purées, un jaune d'œuf, une crème, de la confiture et enfin, si la fièvre ne s'est pas montrée, une noix de côtelette, un bifteack. (Recommander de manger lentement et de bien mastiquer.)

Si la fièvre réapparaît, on cessera toute alimentation pour en revenir au lait et potage après une légère purgation.

Le pain n'est permis qu'un peu plus tard : on peut donner avant quelques biscuits ou gâteaux secs. Il faut se montrer très prudent dans ce retour à l'alimentation. Le médecin doit s'efforcer de faire comprendre au malade et à son entourage les dangers auxquels l'expose une imprudence, un écart de régime.

Il faut souvent, à cette période, lutter contre une constipation opiniâtre, à l'aide de petits laxatifs et de lavements.

Il faut également s'opposer à ce que le malade ne s'asseoie dans son lit le matin au réveil, ou ne se lève, étant *à jeun*. On exigera pour cela qu'il prenne dès son réveil soit une tasse de lait, soit un peu de bouillon.

Le premier lever doit être surveillé de très près ; il n'est pas rare que le malade ait à ce moment un éblouissement passager, en général sans gravité : ce premier lever doit être très court ; assez rapidement d'ailleurs le malade peut rester plus longtemps debout. Il n'est pas rare cependant, en dehors de toute complication phlébitique, que le malade conserve longtemps une gêne très notable de la marche, surtout pour monter des escaliers, en même temps que persistent des douleurs (fourmillements, crampes, etc.). Il ne faut point, à leur occasion, toujours redouter l'apparition d'une phlébite. On conseillera au malade, de s'étendre plusieurs fois par jour (1/2 heure, 1 heure) sur un lit ou une chaise longue, et de ne point se fatiguer.

Enfin, il faut savoir que la convalescence d'une fièvre typhoïde sérieuse doit être prolongée, lorsque cela est possible, au moins deux mois.

Pendant cette longue convalescence, le malade s'abstiendra de travaux intellectuels.

Tels sont les principes élémentaires d'hygiène que tout médecin doit se rappeler en présence d'un typhique : c'est de leur application rigoureuse, jusque dans les moindres détails, que souvent dépend le succès de l'ensemble des soins.

REVUE DES JOURNAUX

Les plaies du canal thoracique du cou.

Après une opération sur la région basse du cou, un épanchement abondant et persistant de liquide clair ou opalescent doit être mis sur le compte d'une plaie du canal thoracique.

Un tel diagnostic commande la conduite à tenir. La chylorrhée prolongée, pouvant avoir de graves conséquences pour la vie, et constituant en tous cas un ennui sérieux, les plaies du canal thoracique doivent être traitées aussitôt que reconnues.

La ligature du bout périphérique en cas de section totale est suffisante ; la suture latérale est recommandable quand elle est possible. Le tamponnement sera un pis aller, mais point une désertion devant le danger. (FREDET. *Presse médicale*, 1er janvier 1910.)

Recherches expérimentales sur les rapports entre le shock et l'infection.

De ses recherches expérimentales, le Dr C. Gibelli conclut que chez les animaux en état de collapsus, la pénétration des microbes dans la circulation ne subit aucun retard et que les microbes sont plus nombreux que chez l'animal témoin. L'éviscération et le refroidissement de la masse intestinale, dans un certain laps de temps, peuvent produire des phénomènes de shock, sans faire périr cependant les animaux, mais la mort survient si ceux-ci sont inoculés, même avec des cultures atténuées. D'une manière constante, toutes conditions étant égales, l'animal en état de collapsus et inoculé meurt avant l'animal seulement inoculé. Enfin, le nombre des colonies qui se développent dans le sang des animaux en état de collapsus est supérieur à celui que donne le sang de l'animal témoin.

En se basant sur ces résultats, l'auteur croit pouvoir conclure que dans le shock, l'infection trouve un terrain favorable.

(Dr C. GIBELLI. *Semaine médicale*, 15 décembre 1909, p. 591.)

Principes du traitement des tuberculoses externes.

Ce qu'il faut faire, pour guérir les grandes tuberculoses externes, peut se résumer en ces quelques mots :

« Repos prolongé — vie au grand air — suralimentation rationnelle — injections modificatrices — appareils bien faits ».

Avec cet article additionnel (sur ce qu'il ne faut pas faire) :

« Ni intervention sanglante, ni redressement violent. »

(CALOT. *Journal des praticiens*, 18 novembre 1909, p. 817.)

Contribution à l'étude des idiosyncrasies alimentaires. Intoxication par les œufs.

Il est surprenant de constater combien de substances alimentaires des plus banales et des plus inoffensives pour la majorité des individus sont capables, chez certains sujets, de provoquer des réactions inattendues, reproduisant l'ensemble dramatique d'un véritable empoisonnement. A cet égard, les fraises et les coquillages ont déjà une réputation bien connue de nocivité.

Les œufs peuvent produire des phénomènes de même ordre. M. Mauté vient d'observer une dame de 25 ans, sans aucune tare nerveuse, chez laquelle l'ingestion d'un œuf cuit ou cru détermine, une heure après, un état extrême d'anxiété avec pâleur, sueurs, lipothymie, vomissements incessants et diarrhée, suivi d'un grand malaise pendant 24 ou 36 heures. Une petite quantité d'œuf mise à son insu dans un potage ou une sauce reproduit le tableau complet. Le blanc et le jaune pris séparément agissent de la même façon. Et, chose curieuse, un œuf mangé en même temps que deux ou trois cuillerées à soupe d'oseille reste absolument sans effet nocif. De même, la susceptibilité pour l'œuf est absolument suspendue par la grossesse et cette dame à pu faire le diagnostic du début d'une deuxième grossesse, actuellement en évolution, et survenue pendant l'allaitement avec règles non reparues, en se servant de l'ingestion d'œuf comme pierre de touche.

Il ne peut s'agir ici de cas d'intoxication dus à la putréfaction par des microbes qui auraient pénétré dans l'oviducte avant la formation de la coquille, ou dus à des œufs altérés, comme ceux

qui ont pu entrer dans la fabrication de certaines crèmes — dites Saint-Honoré — et dont on a beaucoup parlé ces derniers temps. Il s'agit bien ici d'une susceptibilité individuelle pour l'œuf le plus frais. D'ailleurs, cette susceptibilité elle-même à des degrés. Telle personne, qui supporte les œufs de poule, est intoxiquée, par les œufs d'autres oiseaux (œufs de canne, par exemple). Chez certains, l'œuf cru seul est toxique. Chez d'autres, c'est le blanc à l'exception du jaune — ou réciproquement.

On a invoqué, pour expliquer le phénomène, la production d'hydrogène sulfuré pendant la digestion, ou la transformation de lécithine en choline (Lauder-Brunton). Faute de mieux, notre ignorance pathogénique nous oblige, pour le moment, à le classer dans le chapitre des idiosyncrasies alimentaires. (MAUTÉ. *Journal des praticiens*, 1er janvier, 1910, p. 9.).

La méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale.

Au point de vue anatomique, la méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale est constituée par une distension des espaces sous-arachnoïdiens par de la sérosité exsudée. La néoformation est mal limitée ; elle ne constitue pas un kyste bien séparé des parties voisines.

Elle s'étend au contraire sur un territoire assez vaste formant des bulbes de volume inégal ou recouvrant uniformément comme un revêtement gélatineux une partie de la surface du cerveau. De toutes façons, la zone d'arachnitis œdémateuse repousse la dure-mère qui, à l'ouverture du crâne, forme une saillie bombant au dehors par suite de la compression exercée par la masse kystique ; les battements du cerveau ne sont plus transmis, mais réapparaissent après l'ouverture de la collection séreuse. Des adhérences fines, lâches, peuvent unir la face interne de la duremère à l'arachnoïde.

Le liquide qui s'écoule à l'ouverture de la collection est toujours clair, transparent ; nous avons vu cependant qu'il pouvait être teinté de sang. Il ne contient pas d'éléments figurés, à l'exception de quelques hématies, ni de germes.

La symptomatologie de ces collections œdémateuses de la corticalité cérébrale ne peut-être établi qu'après de rares observations que nous possédons. Certains caractères sont signalés dans tous les cas, qu'il s'agisse de collections localisées aux hémisphères cérébraux ou situées dans la loge cérébelleuse, c'est tout d'abord l'existence d'une élévation thermique avec augmentation parallèle du pouls puis la chute brusque de la fièvre avec l'évacuation du liquide cérébro-spinal, en même temps que les divers symptômes d'excitation ou d'inhibition cérébrale s'atténuent avec la décompression du cerveau. Mais les signes cliniques sont assez variables suivant les observations. Dans les faits de MM. Finkelstein, Placzeck et Krause, Unzer, le diagnostic de tumeur du cervelet ou de néoformation comprimant le cervelet et la région bulbo-protubérantielle s'imposait. En effet, aux symptômes généraux de tumeurs : céphalées, vomissements, torpeur, stase papillaire avec diminution de l'acuité visuelle, s'ajoutaient des signes de localisation tels que l'ataxie, la titubation, les paralysies de différentes paires crâniennes, l'hémiparésie, des troubles de sensibilité, etc. (RAYMOND et CLAUDE. *Sem méd.*, 8 décembre 1909, p. 577.)

Erreurs cliniques et thérapeutiques en cardiopathologie.

M. Huchard énumère un certain nombre de faits qui d'après lui sont des erreurs. De celles-ci, nous signalons deux qui méritent d'être signalées à l'attention des praticiens.

Je vous ai appris à connaître la *cardiopathie artérielle tachyarythmique*, caractérisée par deux symptômes principaux : la dyspnée toxi-alimentaire et la tachy-arythmie. Vous faites disparaître très sûrement et rapidement le premier symptôme à l'aide du régime lacté exclusif ou simplement du régime lacto-végétarien, parce qu'il est d'origine rénale, même en l'absence d'albumine dans es urines. La tachy-arythmie est d'origine myocardique, elle est due à la lésion du muscle cardiaque, et comme vous avez appris dans vos livres et dans certain enseignement que la digitale régularise toujours les battements du cœur, la plupart des médecins ont une tendance à prescrire ce médicament pour faire disparaître la tachy-arythmie dont les malades se plaignent à peine, tandis qu'ils souffrent surtout de la dyspnée.

On commet ainsi une faute, parce qu'on ne sait pas assez que cette aryhtmie spéciale est irréductible, et en continuant inconsidérément l'emploi du médicament contre cette véritable boiterie du cœur, on peut s'exposer à provoquer des accidents d'intoxication digitalique. Souvent, je reçois des praticiens des lettres ainsi concues : « Le malade va beaucoup mieux ; la dyspnée a disparu complètement et le malade dort ; malheureusement, je ne puis parvenir à faire disparaître l'arythmie, ni même à l'améliorer ». — Je réponds invariablement : « Vous n'y parviendrez que très rarement et presque toujours incomplètement, parce que cette arythmie est le résultat d'une lésion presque incurable du myocarde siégeant, le plus ordinairement, au niveau du sillon auriculo-ventriculaire. Laissez là cette boiterie, ne vous en préoccupez pas, le cœur pouvant ainsi boiter des années sans dommage pour le malade, et insistez toujours sur le traitement rénal de la cardiopathie artérielle ».

***

— Ouvrez vos livres et lisez ce que l'on dit de l'emploi de la *digitale dans le rétrécissement mitral*. Rien de plus inexact ni de plus contraire à l'observation clinique et aux enseignements de la thérapeutique que de dire avec Potain : « Le rétrécissement mitral étant réglé pour un petit travail, la digitale est toujours contre-indiquée parce qu'elle augmenterait ce travail ; elle est inutile et même nuisible, tant qu'il n'y à pas pas d'arythmie ; à la dernière période, elle est seulement utile ». Rien de plus contraire aux notions physiologiques que cette affirmation d'un autre auteur : » La digitale ne ferait que provoquer un fonctionnement excessif du cœur et l'épuiserait, car il lui est impossible de faire passer à travers l'orifice une quantité de sang plus grande que ne le permet l'obstacle invincible. » Or, j'ai démontré absolument le contraire, et le rétrécissement mitral est peut-être la seule maladie valvulaire où, à la période même de compensation, la digitale soit nettement indiquée et produise de très bons effets d'après une posologie que j'ai indiquée. Dr FRANCIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 janvier 1910.

La paralysie infantile expérimentale. — MM. *Levaditi* et *Landsteiner* enregistrent de nouveaux faits relatifs à la paralysie infantile. Ils ont observé que la moelle des animaux morts de cette maladie, simplement desséchée dans le vide, sur de l'acide sulfurique, conserve au moins pendant quinze jours sa virulence. Ils confirment, en outre, que le virus traverse les filtres Reichel avec autant de facilité que dans leurs expériences antérieures, et que l'incubation est, chez les animaux ayant reçu les filtrats, plus longue que chez les témoins.

Les résultats des expériences permettent d'écarter l'hypothèse d'après laquelle les accidents observés chez les singes inoculés avec les moelles filtrées seraient dus à une toxine et non pas au virus. De plus, une première infection paraît conférer l'immunité.

Parmi les nombreux lapins inoculés en même temps que les singes, dans le cerveau et le péritoine, la plupart ont résisté à l'infection. Mme PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 janvier 1910.

Kystes hydatiques multiples du foie. — M. *Delbet*. — J'ai opéré 26 kystes du foie. Dans 6 de ces cas il s'agissait de kystes multiples ; 3 fois les divers kystes paraissaient être contemporains. Dans un cas, un seul kyste fut trouvé et opéré et le malade présenta peu après une vomique due à la rupture d'un autre kyste resté méconnu dans les bronches. Ce malade succomba. Le second malade fut opéré de 2 kystes, mais mourut ultérieurement de tuberculose pulmonaire. Le troisième fut opéré en 2 fois et guérit. Dans les 3 autres cas il s'agissait de kystes multiples du foie et de l'abdomen et dans l'un, les kystes

abdominaux paraissaient dus à la rupture d'un kyste hépatique préexistant. Ces 3 malades ont parfaitement guéri.

J'ai traité des kystes soit par la marsupialisation, soit par le capitonnage lorsqu'il était possible. Je continue à employer la méthode de capitonnage, que j'ai préconisée il y a quelques années, méthode peu employée et cependant précieuse, car elle empêche presqu'à coup sûr la réplétion de la poche hépatique par du sang ou de la sérosité. J'ai employé cette méthode 3 fois et j'en ai toujours obtenu de bons résultats. Six fois, j'ai fait la réduction simple sans drainage et 11 fois la marsupialisation.

M. *Quénu*. — La discussion soulevée par mon rapport me semble démontrer que les kystes multiples sont relativement fréquents. Sur 170 cas de kystes hépatiques nous trouvons 39 kystes multiples, soit 20 p. 100 des cas. Leur pronostic semble très nettement plus grave que celui des kystes simples : sur ces 39 cas on compte 9 morts opératoires (20 p. 100). C'est la maladie elle-même qui est plus grave et non l'intervention, car ces kystes qui souvent sont méconnus peuvent s'infecter, se rompre, ou amener une cachexie progressive, toutes complications qui finissent par emporter le malade.

Quant à l'intervention, tout le monde est à peu près d'avis qu'il faut ouvrir les différents kystes là où leur saillie est la plus apparente, soit par des incisions distinctes, soit par la cavité même du premier kyste incisé. L'important en effet, c'est qu'il y ait peu de tissu hépatique à inciser.

Grossesse extra-utérine en évolution et hématocèle rétro-utérine. — M. ***Marion*** fait un rapport sur une observation communiquée par M. Silhol, de Marseille. Il s'agissait d'une femme qui, le 15 septembre dernier, ressentit subitement une douleur abdominale aiguë, avec pâleur, tendance syncopale, signes d'hémorragie interne. Le lendemain, le chirurgien constatait une collection dans le Douglas et supposa en conséquence avoir affaire à une hématocèle par rupture de grossesse tubaire. Mais d'autre part l'interrogatoire montrait que cette femme n'avait pu être fécondée que du 3 au 7 septembre. Il attendit et au bout de quelques semaines, trouva dans le cul-du-sac gauche une tumeur dont le volume s'accrut progressivement. Il s'agissait manifestement d'une grossesse tubaire en voie d'évolution. L'opération fut décidée et montra qu'il y avait une grossesse en évolution au niveau du pavillon tubaire gauche et un épanchement sanguin enkysté dans le Douglas. La trompe gauche était perméable, mais l'ovaire de ce côté était kystique. A droite au contraire l'ovaire était normal et la trompe oblitérée. L'auteur conclut à une grossesse croisée et considère l'hématocèle comme due à une hémorragie abondante ayant accompagné la fonte de l'ovaire droit.

M. ***Potherat***. — La grossesse croisée me paraît improbable. Il est plus vraisemblable que, malgré ses apparences, l'ovaire gauche n'était pas entièrement détruit.

MM. ***Schwartz*** et ***Delbet*** considèrent, au contraire, la grossesse croisée comme parfaitement possible, car il en existe des cas cliniques et expérimentaux certains.

Les grands évidements osseux. — M. *Chaput*. — La guérison des grands évidements osseux est toujours très lent et difficile à obtenir, et cela pour de multiples raisons : persistance de lésions d'ostéite, insuffisance et lenteur du bourgeonnement osseux opposé à la cicatrisation trop rapide des parties molles qui se ferment sur l'os amenant de la rétention et des fistules, etc., etc. J'ai opéré avec succès 6 cas de grands évidements : 1 fois par l'aplanissement complet et la suppression complète des bords de la cavité ; 2 fois par l'autoplastie cutanée et 3 fois par la greffe adipeuse ou plombage organique.

L'aplanissement est toujours indispensable même en combinaison avec les autres méthodes. L'autoplastie cutanée rend de grands services surtout pour les os voisins de la peau et combinée à l'aplanissement et à la greffe adipeuse, cette dernière me paraissant devoir donner de très bons résultats.

La mobilisation des parois osseuses est difficile, souvent impossible. La greffe osseuse à distance est compliquée, peu pratique, souvent suivie d'insuccès. Le plombage métallique donne de mauvais résultats dans les grandes cavités. Le plombage de Mosetig est préférable. Mais il s'élimine souvent et peut parfois être toxique.

M. ***Delbet***. — Il est presque impossible de combler d'un seul coup et par première intention une cavité osseuse résultant d'une ostéomyélite. J'ai essayé sans grand succès toutes les méthodes de plombage. La réunion immédiate est surtout rendue difficile par l'insuffisance de la peau. Malgré des décollements on arrive souvent avec peine à affronter deux lambeaux sur la cavité osseuse et de plus cette peau, qui ne repose pas directement sur du tissu vivant, a une nutrition défectueuse. Le meilleur en pareil cas me semble être de tapisser complètement la cavité avec des greffes de Thiersch. Mais c'est là chose délicate et d'une technique difficile.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 janvier 1910. — Présidence de MM. Buret et Boursier.

Compte-rendu des travaux de l'année et notices nécrologiques. — M. Paul *Guillon*, secrétaire général, passe en revue les travaux de l'année et prononce l'éloge de tous les membres disparus pendant le cours de 1909. La séance est levée en signe de deuil.

Fracture de la tête du radius chez un enfant (Présentation de radiographie). — M. *Coudray*. — Relatives à une fillette de 11 ans, ayant subi un violent accident du coude gauche six semaines auparavant, ces radiographies, dues à M. Lacaille, montrent un détachement de la tête du radius à 2 ou 3 millimètres au-dessous de la cupule. L'auteur insiste sur la nécessité des radiographies sous des plans différents et sur la comparaison avec l'état sain.

M. *Desternes* présente les radiographies d'une malade atteinte de paralysie du nerf cubital après une fracture du coude survenue dans l'enfance.

M. *Mouchet* insiste sur la portée pratique de cette communication et rappelle qu'il a été un des premiers à signaler ces faits et à exposer leur pathogénie.

Bases scientifiques de la bactériothérapie lactique. Bacille bulgare contre bacille pyocyanique. — MM. *Georges Rosenthal* et *Chazarain-Wetzel* continuent leur enquête sur la bactériothérapie par les ferments lactiques.

Canitie et calvitie. — M. *Guelpa*. — La calvitie est la décoloration des cheveux, déterminée par la compression morbide que la couche dermique sclérosée, le comédon et les glandes sébacées hypertrophiées exercent sur la tige pilaire en faisant obstacle à la montée des granulations pigmentaires. La calvitie est l'expression de la mort et de la disparition des cheveux à la suite de l'atrophie de la papille déterminée soit par insuffisance de la circulation normale, soit par intoxication, soit par la compression progressive dépendant de l'hypertrophie des glandes sébacées et du tassement exagéré de la couche adipeuse.

L'hygiène actuelle, basée sur les applications hydriques alcoolisées, alcalines, acides et antiseptiques, est funeste à la vie des cheveux et doit être absolument abandonnée en dehors de conditions spéciales exceptionnelles. Les soins rationnels et vraiment utiles à la vie complète des cheveux doivent avoir pour but: *a*) de favoriser la circulation de la tête en lui évitant toute constriction ; *b*) entretenir la souplesse et l'élasticité du cuir chevelu soit avec des nettoyages et des frictions simples, soit avec des massages profonds à l'aide de corps gras qui compenseront l'insuffisance de l'enduit sébacé et qui empêcheront la formation des comédons ou en favoriseront l'expulsion avec le rétablissement du fonctionnemnt normal des glandes sébacées.

Eviter avec soin les causes de refroidissement de la tête et à l'occasion en combattre sans retard les effets ; dans ce but, renoncer à l'habitude pernicieuse de couper ras les cheveux.

Ne pas négliger les causes générales, surtout l'arthritisme et le thyroïdisme qui disposent à la calvitie et à la canitie, et leur opposer sans retard et avec la persistance nécessaire les traitements spécialement indiqués.

M. *Gastou* demande que la discussion de la communication de M. Guelpa soit rémise à la séance prochaine.

M. *Dignat* présente un ouvrage au nom de M. Coromilas, d'Athènes.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 décembre 1909

Un cas d'occlusion aiguë duodéno-stomacale.—M. *René Bonamy* communique un cas d'occlusion aiguë duodéno-stomacale survenue au quinzième jour d'une hystérectomie abdominale totale et guérie comme miraculeusement par la mise de la malade en position ventrale.

Un cas de double hernie inguinale.— *M. René Bonamy* communique un cas de double hernie inguinale contenant les ovaires chez une femme jeune qu'il a opérée et qui présentait une absence totale de l'utérus. Il rappelle que chaque fois qu'une femme présente des hernies inguinales et une anomalie génitale, on peut presque toujours affirmer que les ovaires sont contenus dans le sac herniaire.

A propos de la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx, dans les opérations d'exérèse de cancer de la langue et du pharynx. — M. *Paul Delbet.*— L'ouverture préliminaire de la trachée avec tamponnement du pharynx permet seule une anesthésie régulière, et par suite facilite l'hémostase: elle évite la contamination du champ opératoire par la compresse et les doigts du chloroformisateur ; par la sécurité qu'elle donne elle permet une opération régulière, réglée et étendue, enfin elle supprime la pneumonie par déglutition. L'exclusion instrumentale des voies aériennes, la trachéotomie simple, la position de Rose, la trachéotomie avec laryngo-fissure, la section totale de la trachée sont insuffisants ou trop graves. La trachéotomie et le tamponnement doivent être faits au début de l'opération, puis être maintenus pendant dix jours environ. L'auteur a employé ce procédé dans trois cas avec d'excellents résultats.

M. *Le Bec* à propos de l'ablation des tumeurs du laryngo-pharynx a le premier préconisé et appliqué le procédé qui consiste à fixer, dans un premier temps, la trachée à la peau après l'avoir sectionnée transversalement au-dessous du cricoïde et séparée de l'œsophage. Le procédé met à l'abri de l'infection des voies respiratoires lors de l'extirpation de la tumeur pharyngo laryngée faite ultérieurement.

Pour endormir les malades pendant cette seconde opération il introduit un tube de caoutchouc dans la trachée. A l'autre bout du tube est un entonnoir de verre, contenant du coton sur lequel l'aide verse du chloroforme en ayant soin de tenir l'entonnoir au-dessous du niveau de l'opéré.

Présentation de malades.— M. *Péraire* présente le résultat éloigné d'un cas de fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus avec luxation sous-claviculaire du fragment supérieur guéri par l'intervention. Celle-ci consiste à réunir les fragments osseux avec des agraphes de Michel. Le résultat fonctionnel est excellent. L'opération date actuellement de deux ans 1/2.

ANALYSES

Les injections sous-cutanées d'adrénaline à doses massives dans l'intoxication diphtérique ; par Eckert. (*Therapeut. Monatsh.*, août 1909.)

A la clinique universitaire d'Heubner, à Berlin, la baisse de pression que provoque l'intoxication diphtérique est combattue avec succès par les injections sous-cutanées d'adrénaline à hautes doses. On injecte aux enfants, 3 à 4 fois par jour, de 2 à 3 cm. d'une solution d'adrénaline au millième. En même temps, on continuait la thérapeutique par le sérum antidiphtérique et la strychnine. Eckert affirme qu'à l'aide de l'adrénaline, on peut relever sensiblement la pression la plus basse. Le maximum d'effet se fait sentir 2 heures après l'injection, et se continue encore pendant 7 heures. On n'a pu se rendre compte si l'adrénaline, outre son action vaso-constrictrice, agissait sur la diphtérie, car l'amélioration observée dans la maladie a toujours été le fait de l'ensemble des mesures thérapeutiques.

L'adrénaline n'a pas empêché les ecchymoses, les hémorragies nasales et buccales de la diphtérie grave.

On n'a pu déterminer avec certitude une action sur le pouls. Les injections d'adrénaline sont douloureuses. Autour du point de l'injection, on voit survenir une anémie locale dans une zone grande comme une paume de main, limitée par une bordure rougeâtre, le tout persistant plusieurs heures. On n'a jamais observé à leur suite d'induration, d'abcès ou de gangrène.

Les reins n'ont pas été lésés, les néphrites en évolution parvenaient à la guérison. A l'autopsie des enfants morts, on n'a pas constaté de lésions du cœur ou des vaisseaux. Très souvent, on observa une glycosurie qui s'éleva dans un cas à 2,6 %. Cette glycosurie atteignait son maximum 2 heures après l'injection et disparaissait complètement 14 heures après la dernière injection d'adrénaline. On ne l'observa pas dans tous les cas, elle fit même défaut dans un cas d'intoxication très grave où on administra l'adrénaline à doses massives ; on ne peut donc lui attribuer une signification défavorable. L.

A propos de quelques récentes publications sur l'incontinance d'urine ; par le Dr Paul Farez. (*Revue de l'Hypnotisme*, juillet 1909.)

M. Farez discute les méthodes généralement proposées pour guérir l'incontinence d'urine et démontre que leur succès est très problématique. Il démontre, par contre, que la suggestion hypnotique ou somnique lui a donné des résultats et qu'il est au moins prudent d'en reconnaître la valeur. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce travail, c'est l'appréciation fort juste de l'auteur concernant certaines médications. Notamment, il met en doute que les végétations adénoïdes soient la cause de l'incontinence d'urine, et que leur ablation guérisse cette infirmité. Mais, lui objectera-t-on, il est prouvé que cette opération amène la disparition de l'incontinence ? A quoi le D Farez répond que l'ablation agit soit par le trauma qu'elle provoque, soit par la suggestion dont on l'accompagne : et à l'appui de cette thèse il cite une statistique de Long qui opère des adénoïdiens incontinents sans les avertir de cette opération : l'opération n'a aucune action sur l'incontinence !

BIBLIOGRAPHIE

Traité international de physiologie pathologique. Directeur : Dr A. Marie, de Villejuif. Comité de rédaction : MM. les professeurs Betcherew, de Saint Pétersbourg; Clouston, d'Edimbourg ; Grasset, de Montpellier ; Lugaro, de Modène ; Dr Magnan, de Paris : Pilcz, de Vienne ; Prof. Raymond de Paris ; Ziehen, de Berlin. Tome premier, *Psychopathologie générale.* 1 fort vol. grand in-8 de XII 1028 pages, avec 353 gravures dans le texte. 25 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Ce premier volume débute par un exposé, en quelque sorte philosophique, de M. le Professeur Grasset sur l'unité neurobiologique, suivi d'un aperçu historique de M. le Professeur Del Greco qui le confirme en montrant l'évolution graduelle des sciences psychiatriques et autres vers cette unité. Ensuite viennent l'étude des données anthropologiques et l'examen anatomique complet, au point de vue descriptif et des mesures, comme corollaires de cette unité générale indissoluble de la vie physique et psychique. Les chapitres suivants, pénètrent plus avant dans le mécanisme fonctionnel de tout l'organisme et comportent les applications des méthodes de laboratoire à l'examen du malade vivant ; puis viennent les constatations nécropsiques et microscopiques envisagées dans l'encéphale, dans la moelle et dans les systèmes périphériques et viscéraux.

La deuxième partie de ce volume comprend l'exposé de l'évolution parallèle du psychisme humain et de tout l'organisme à travers la crise pubère, puis les méthodes d'examen de l'homme malade envisagé au point de vue clinique, médico-psychologique et médico-légal. Parmi les principaux collaborateurs de ce volume, nous citerons : MM. les Prof. Betcherew, Marinesco Mally Marro, Clouston, Ferrari, Carrara, Mingazzini, Lugaro, les Drs Marie, A. Klippel et Laignel-Lavastine, médecins des hôpitaux de Paris, Dide et Levaditi.

Un deuxième volume sera consacré à l'étude de la *Mentalité morbide* (clinique et psychologie) et un troisième, terminant l'ouvrage, traitera de *la Thérapeutique mentale* et de *l'Assistance comparée.*

Ces deux tomes, actuellement sous presse, paraîtront l'un dans le milieu, l'autre avant la fin de l'année 1910. G. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Séméiologie

Le liquide céphalo rachidien dans la méningite cérébro-spinale épidémique ;

Par M. Ch. DOPTER

Médecin-major de 2e classe
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic clinique de la méningite cérébro-spinale épidémique est aisé ; il est parfois cependant hérissé de difficultés. Il s'agit alors de formes anormales, ou ambulatoires, ou avortées, frustes, ou bien on est appelé à observer un sujet dans le coma, pour lequel on ne possède aucun renseignement anamnestique : autant de faits qui désorientent le clinicien et peuvent l'amener à des erreurs d'interprétation. Aussi ne doit-il pas hésiter, dans l'espèce, à pratiquer au plus tôt une ponction lombaire qui déjà, bien souvent, l'éclairera sur l'existence d'une réaction méningée. Le laboratoire lui révélera la nature de la méningite en cause. Mais, là encore, des erreurs peuvent se produire. Aussi ne semble-t-il pas inutile de reprendre, à la faveur des notions récemment acquises, l'étude du liquide céphalo-rachidien de la méningite cérébro-spinale. La connaissance de ses caractères habituels ou même atypiques aidera dans une large mesure à reconnaître la véritable étiologie du processus méningé en cause.

De plus, son aspect, sa teneur en cellules, en méningocoques, se modifiant sous l'influence du traitement sérothérapique, on conçoit l'importance de son examen pour engager le clinicien à intervenir à nouveau ou à s'abstenir.

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN A RÉACTIONS CLASSIQUES.

Son aspect, ses différentes réactions, varient suivant qu'on l'étudie à la période aiguë de la méningite ou lors de la période de régression.

PÉRIODE AIGUE.— *Aspect macroscopique*.— Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire est *trouble*. L'intensité du trouble varie suivant les cas. Le liquide, sorti habituellement sous tension, peut être seulement opalescent ; le plus souvent il montre une lactescence assez accentuée. Parfois, son trouble est tel qu'il se rapproche de l'aspect purulent. Il prend rarement l'apparence du pus épais et concret (1).

La teinte générale est grisâtre, parfois jaunâtre ; on peut constater dans quelques cas une couleur ambrée, due à la production de petites hémorragies effectuées aux dépens des vaisseaux méningés.

Cet aspect macroscopique n'est pas spécial au liquide de méningite méningococcique ; on le rencontre dans les méningites aiguës de toute autre nature (pneumocoque, staphylocoque, streptocoque surtout, parfois méningite tuberculeuse, méningite aseptique de Widal et ses élèves) ; sa constatation doit être complétée par des épreuves spéciales qui détermineront la cause étiologique du processus méningé qu'on observe.

Examen miscroscopique.— Après coloration sur lames, on observe les cellules du dépôt de centrifugation et les microbes :

(1) Cet aspect est dû souvent à l'association d'un germe surajouté au méningocoque.

a. *Cytologie*. — Au premier coup d'œil jeté sur la préparation, on est frappé par l'abondance des éléments cellulaires ; ils appartiennent à plusieurs types.

Ce sont en majeure partie des *polynucléaires* ; souvent ils se groupent par amas plus ou moins denses même dans les préparations effectuées sans centrifugation préalable ; ils sont habituellement déformés, leur contour est irrégulier, effacé, flou ; le protoplasma, peu colorable, est creusé de vacuoles (on verra qu'il peut contenir des méningocoques). Leur noyau, très altéré, se colore mal, ou trop fortement ; le plus souvent, il est en état de caryolyse ; la chromatine se conglomère en 3 ou 4 boules ou davantage, réunies entre elles par de petits filaments. A son degré de destruction le plus accusé, il ne reste du polynucléaire qu'un amas informe sans noyau, à contour effrité (fig. 1).

Il est aisé, sur la même préparation, d'observer toutes ces variétés d'aspect.

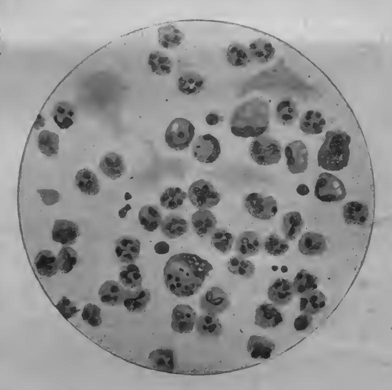


FIG. 1. — Méningite cérébro-spinale au 2e jour. Aspect classique du liquide céphalo-rachidien. Nombreux polynucléaires, dont la plupart sont altérés, déformés, noyaux peu colorables. Cellule conjonctive en voie de dégénérescence (C) ; méningocoques inclus dans un polynucléaire et dans un grand mononucléaire. Ce dernier a phagocyté en même temps 2 polynucléaires dont il ne reste plus que des débris nucléaires.

Il n'est cependant pas rare de constater, à côté de ces figures de dégénérescence plus ou moins marquée, quelques polynucléaires intacts, les derniers arrivés sans doute pour entamer la lutte avec les méningocoques, et les plus récemment issus des vaisseaux sanguins (1).

La vitalité de ces divers éléments peut être mise en évidence : Achard et Ramond (2) viennent de faire connaître un procédé capable de diagnostiquer l'état de vie ou de mort des leucocytes, et principalement des polynucléaires.

Dans ce but, ils font agir le rouge neutre sur le liquide céphalo-rachidien immédiatement après la sortie de l'organisme. Avec cette réaction, les leucocytes vivants

(1) Dévé a signalé récemment (*Normandie médicale*, juin 1909) une méningite à méningocoques où l'examen du liquide céphalo-rachidien a montré l'existence exclusive de polynucléaires intacts.

(2) ACHARD et RAMOND. — *Soc. de Biologie*, 8 mai 1909.

restent incolores ou montrent des vacuoles teintées de rouge ; les leucocytes morts présentent au niveau de leur noyau une coloration rose pâle tirant sur le brun. Cette réaction révélant des leucocytes morts (ce sont toujours des polynucléaires) témoigne que, dans le liquide observé, la lutte entre cellules et microbes tourne au désavantage des cellules.

La polynucléose peut être exclusive et parfois très dense, mais au milieu des amas considérables de polynucléaires, se trouvent parfois des *mononucléaires*, grands et moyens, et des *lymphocytes*. Mais la proportion de ces éléments uninucléés est infime relativement à celle des polynucléaires. La formule la plus fréquente est la suivante.

Polynucléaires	95 à 96 %
Mononucléaires	3 à 4 %
Lymphocytes	1 à 2 %

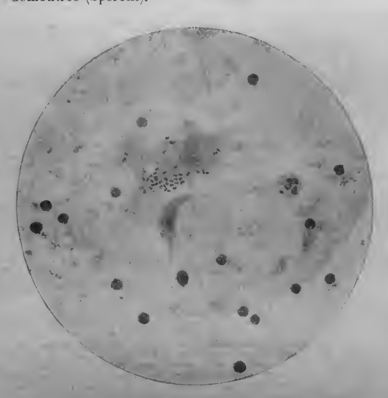
Enfin, on rencontre de temps à autre de *grandes cellules* rappelant assez bien la texture des cellules endothéliales, mais dont la nature conjonctive est actuellement démontrée (Speroni).

b. *Examen bactériologique.* — Après coloration pour la recherche des germes contenus dans le liquide céphalo-rachidien (méthode de Gram avec suraddition de fuschine de Ziehl diluée) on peut faire les constatations suivantes :

1° Il existe dans les préparations, sous forme de cocci ne prenant pas le Gram, des *méningocoques* isolés ; ils sont de forme ronde ; en diplocoques, ils sont aplatis sur les faces qui se regardent, et présentent l'aspect dit « en grain de café ». Ces germes sont habituellement intracellulaires, contenus dans les polynucléaires dégénérés (1).

Ils y sont relativement rares, à tel point qu'on est souvent obligé de parcourir de nombreux champs de préparation avant d'en découvrir. Parfois cependant ils sont très abondants ; certains leucocytes en sont alors bourrés et rappellent les figures connues du pus blennorrhagique.

Toutefois cette situation intracellulaire n'est pas la règle ; on peut en voir compris dans l'intervalle des cellules. Cette absence de phagocytose, reflet de l'absence de défense de l'organisme, semble correspondre à des formes graves (fig. 3).



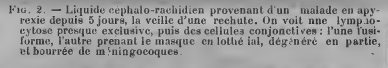


Fig. 2. — Liquide céphalo-rachidien provenant d'un malade en apyrexie depuis 5 jours, la veille d'une rechute. On voit une lymphocytose presque exclusive, puis des cellules conjonctives : l'une fusiforme, l'autre prenant le masque endothélial, dégénéré en partie, et bourrée de méningocoques.

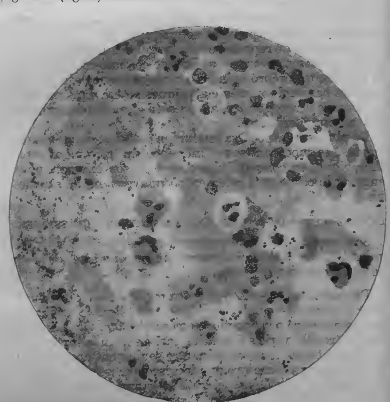


Fig. 3. — Méningite cérébro-spinale très grave, observée au 6e jour ; nombreux polynucléaires agglomérés, dégénérés, d'aspect pyoïde, dont seul le noyau persiste très altéré. Placards amorphes provenant de leur destruction. Cellules conjonctives en voie de destruction, vacuolaires, à contours flous. Abondance extraordinaire de méningocoques, la plupart extracellulaires.

Leur forme est variable : un certain nombre sont fusiformes, d'autres rondes ; le plus souvent, dans le liquide céphalo-rachidien, elles sont polyédriques, mais très déformées (fig. 2). Elles se montrent sous l'aspect de larges placards à contours irréguliers. Leur protoplasma se colore mal ; il présente des vacuoles multiples, ses limites sont floues. En son intérieur, il n'est pas rare de constater l'existence de débris cellulaires : hématies, leucocytes, enfin de méningocoques, parfois en nombre considérable. Leur rôle macrophagique est donc indéniable. Le noyau, quand il n'a pas subi les phénomènes habituels de caryolyse, est volumineux, ovale, légèrement incurvé : muni d'un à deux nucléoles, il est pauvre en chromatine ; aussi sa teinte est elle pâle.

Il arrive aussi que l'examen le plus consciencieux ne fasse découvrir dans les champs de préparation examinés le moindre microorganisme. Cette constatation négative ne prouve pas que le méningocoque n'existe pas. Il peut y être très rare, mais il faudrait avoir parcouru non seulement une préparation entière, mais plusieurs préparations pour affirmer son absence.

(1) Dans la plupart des cas, quand on se trouve en milieu épidémique, cette constatation suffit pour affirmer la nature méningococcique de la méningite. Néanmoins, si l'on a des doutes, surtout quand il s'agit d'atteintes sporadiques, l'identification du germe devient indispensable : Pratiquer dans ce but 1° la culture sur milieu de choix (agar ascite ou agar au sang) ; 2° les épreuves d'agglutination et les fermentations sucrées qui, seules, peuvent permettre d'affirmer la nature méningococcique du germe constaté.

Outre le méningocoque, on peut constater d'autres germes qui lui sont associés (pneumocoque, diplococcus crassus, staphylocoque, streptocoque, colibacille, etc). On n'aurait garde d'oublier le bacille tuberculeux parfois décelable par les procédés en usage dans le culot de centrifugation, soit que la méningoccoccie vienne compliquer une méningite tuberculeuse, soit que la méningite méningococcique, évoluant chez un tuberculeux, le bacille de Koch vienne s'associer secondairement au méningocoque.

c. *Réactions biologiques.*—En face de certaines réactions biologiques, le liquide céphalo-rachidien de la méningite cérébro-spinale épidémique présente des caractères particuliers, spécifiques pour ainsi dire :

Précipito-réaction. — On verse dans un tube de verre 50 ou 100 gouttes de liquide céphalo-rachidien centrifugé jusqu'à clarification complète : on y ajoute de 1 à 5 gouttes de sérum antiméningococcique non chauffé ; on place ce mélange à l'étuve à 37° ou à 55° : au bout de 8 à 15 heures, il se forme un trouble ; une quantité égale de liquide non additionné de sérum reste limpide (Vincent et Bellot) (1). Cette précipito-réaction est positive quand le méningocoque est en cause, négative pour les méningites tuberculeuses et autres.

A n'en pas douter, ce procédé est appelé à rendre les plus grands services pour arriver à déceler la nature méningococcique d'une méningite.

Il donne des renseignements précoces : les auteurs de la méthode ont trouvé la précipito-réaction positive 11 et 13 heures après le début des premiers symptômes. Il est toutefois utile d'ajouter que :

1° le tube de contrôle se trouble parfois au même titre que le tube additionné de sérum spécifique (Letulle et Lagane). Cette auto-précipitation rend la réaction inutilisable.

2° Des précipitations peuvent se produire quand le liquide céphalo-rachidien est envahi par un germe autre que le méningocoque (pneumocoque, diplococcus crassus par exemple).

3° Même en cas de méningite à méningocoques, la réaction peut, comme toute réaction biologique, faire défaut. Une précipito-réaction négative ne doit donc pas faire éliminer la présence du méningocoque.

Elle peut faire défaut à la période d'état de l'affection, mais le plus souvent quand la maladie rétrocède ou se prolonge ; elle est absente encore quand le malade a été traité par le sérum antiméningococcique.

Déviation du complément. — On peut répéter avec le liquide céphalo-rachidien l'épreuve de la réaction de fixation (2), modifiée par Wassermann pour le séro-diagnostic de la syphilis. Le liquide centrifugé pris comme antigène est utilisé sous le volume d'un cent. cube. On y ajoute du sérum antiméningococcique chauffé à 56° pendant 1/2 heure, et de l'alexine de cobaye. On laisse ainsi le mélange à la température de 37° pendant une heure. On ajoute alors le système hémolytique (globules rouges de mouton, sérum mouton-lapin). On remet à l'étuve pendant 2 heures, puis à la glacière, et l'on observe les résultats : dans 11 cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques en pleine évolution, 6 fois la déviation du complément s'est produite (absence d'hémolyse) ; elle a été négative dans les autres.

Avec d'autres liquides céphalo-rachidiens (méningite tuberculeuse, méningite à diplococcus crassus), avec des liquides purulents à streptocoques, retirés de la plèvre, avec des pus divers, la réaction s'est toujours montrée négative.

(1) VINCENT et BELLOT. — Académie de médecine, mars 1909.
(2) Recherches inédites.

d. *Réactions chimiques.* — Le liquide céphalo-rachidien de la méningite cérébro-spinale épidémique contient de l'*albumine* en assez notable proportion.

Récemment, Hohn notait que son taux oscillait entre 0.5 et 2.5 pour 1000. Mestrezat et H. Roger ont obtenu des chiffres supérieurs ; pour eux, il ne serait pas inférieur à 3 pour 1000.

On note aussi la présence de glucose, mais en moindre quantité qu'à l'état normal : 0 gr. 12 à 0 gr.25 pour 1000 d'après Sicard (1), puis Mestrezat et H. Roger (2).

Les mêmes auteurs ont retrouvé les chlorures au taux de 6 à 7 grammes.

Les expériences de perméabilité de la méninge ont donné des résultats contradictoires. Mais ces contradictions s'expliquent par la nature variable des sels qui ont été utilisés.

Il y a plusieurs années, Griffon, Sicard et Brécy avaient, dans la méningite cérébro-spinale, constaté l'imperméabilité de dedans en dehors à l'iodure de potassium. Des essais récemment tentés à l'aide du nitrate de soude par Mestrezat et Gaujoux ont abouti à la constatation suivante :

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien renferme de petites quantités de nitrate (7 à 10 mmg.p.1.000). Qu'on donne à ingérer à un malade atteint de méningite méningococcique, 3 heures avant la ponction lombaire, 2 grammes de nitrate de soude, le liquide céphalo-rachidien en contiendra 45 à 55 mmg.

PÉRIODE DE RÉGRESSION. — Dès que les symptômes méningés commencent à s'amender, on constate des mo-

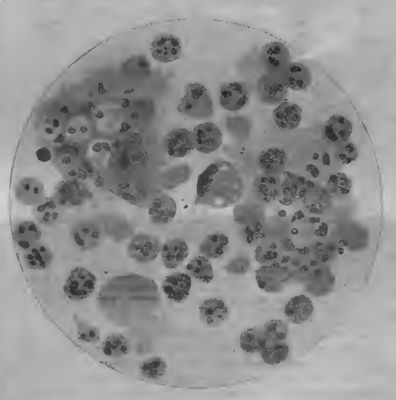


FIG. 4. — Méningite cérébro-spinale au 3e jour *avant traitement sérothérapique*. Les caractères cytologiques du liquide céphalo rachidien sont les mêmes que dans la figure 1. On perçoit les méningocoques assez nombreux intracellulaires et extracellulaires.

(1) SICARD et DESCOMPS.— Congrès de Genève, 1906.
(2) MESTREZAT et H. ROGER. — *Soc. de Biologie*, juin et juillet 1909

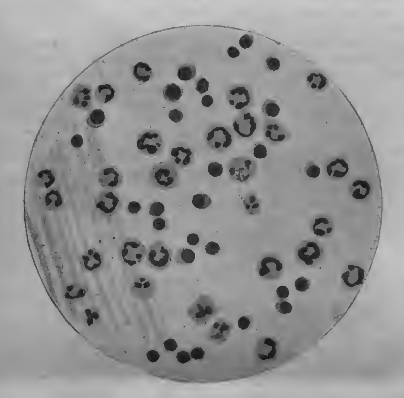
difications régressives dans les réactions du liquide céphalo-rachidien.

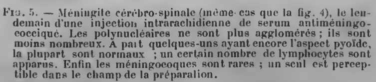
Dans les méningites *traitées par les moyens usuels*, elles se produisent lentement, insensiblement ; on sait d'ailleurs, en ce cas, combien la maladie se prolonge.

Le liquide devient opalescent, puis plus clair, puis il recouvre enfin sa limpidité habituelle.

Les éléments cellulaires qu'il contient diminuent de nombre ; la polynucléose initiale s'abaisse progressivement pour faire place, en définitive, à une réaction lymphocytaire prédominante d'abord, exclusive ensuite (Labbé et Castaigne (1), Sicard et Brécy (2), Griffon et Gandy (3), etc.) Cette lymphocytose persiste habituellement très longtemps. Les méningocoques disparaissent petit à petit, mais lentement. D'après Schottmuller (4), ils persistent tant que dure la fièvre, ils sont donc perceptibles parfois pendant des semaines et même des mois. Altmann (5) les a décelés jusqu'au 38e jour, Krayer (6) jusqu'au 170e, Herford (7) les a constatés encore 6 mois après le début.

Quand le malade a été *traité par le sérum*, le retour à l'état normal est infiniment plus rapide ; il est possible de se rendre compte chaque jour des modifications survenues ; dans la grande majorité des cas, après la première ou la 2e injection, les différences sont déjà notables : Avec l'éclaircissement du liquide et le retour à la transparence, on constate d'abord la disparition des grandes cellules conjonctives ; les polynucléaires se montrent sous forme d'amas moins denses, ils s'isolent même les uns des autres, les polynucléaires vivants prennent la place des polynucléaires morts qui disparaissent (méthode au rouge neutre d'Achard et Ramond) ; ils revêtent l'aspect normal (fig 5) qu'ils présentent dans le sang circulant, ou dans les méningites aseptiques de Widal ; les lymphocytes apparaissent et ne tardent pas à se montrer en proportion prédominante ; on arrive bientôt à constater une lymphocytose pure (fig. 6).




Fig. 5. — Méningite cérébro-spinale (même cas que la fig. 4), le lendemain d'une injection intrarachidienne de serum antiméningococcique. Les polynucléaires ne sont plus agglomérés ; ils sont moins nombreux. A part quelques-uns ayant encore l'aspect pyoïde, la plupart sont normaux ; un certain nombre de lymphocytes sont apparus. Enfin les méningocoques sont rares ; un seul est perceptible dans le champ de la préparation.

(1) Labbé et Castaigne.—*Société médicale des hôpitaux*, 29 mars 1901.
(2) Sicard et Brécy. — *Société des hôpitaux*, 19 avril 1901.
(3) Griffon et Gandy — *Société des hôpitaux*, 21 juin 1901.
(4) Schotmuller. —*Munch. med. Woch.*, 1905, nos 34, 35 et 36.
(5) Altmann.— Klinisches Jahrbuch. Bd 15, 1906.
(6) Krayer —*Deutsche med Woch*, 1907. p. 1117.
(7) Herford.—Klinisches Jahrbuch, 1908.

Au point de vue de la teneur en méningocoques, on note d'abord la diminution de leur nombre (fig. 5) ; ceux qui étaient extra-cellulaires sont inclus dans les cellules ; tous ou la plupart subissent l'influence bactériolytique du sérum ; ils se gonflent, se colorent faiblement, ou se colorent seulement à la périphérie ; une culture effectuée à cette époque (souvent après la 1re injection de sérum) reste négative. Ils finissent par disparaître entièrement.

En même temps la précipito-réaction devient négative, l'albumine disparaît, les diverses réactions chimiques reviennent à la normale.

En cas de rechute, d'après Hohn (1), les grandes cellules conjonctives sont les premières à réapparaître (2) ; une observation de Salebert (3), les montre, lors d'une rechute, avant l'arrivée des éléments leucocytaires ; les polynucléaires reviennent ensuite, accompagnés de méningocoques, le liquide se trouble à nouveau, et le cycle recommence comme lors de la première atteinte.

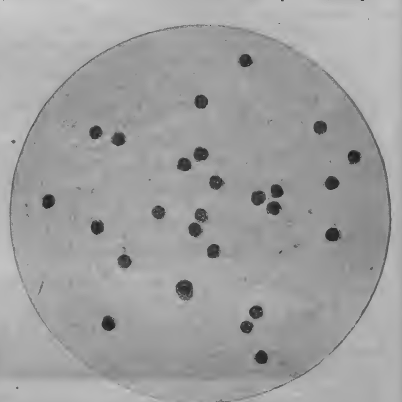


Fig. 6. — Liquide céphalo-rachidien provenant d'une méningite cérébro-spinale à la période de convalescence : on perçoit un mononucléaire moyen et des lymphocytes.

Liquide céphalo-rachidien a réactions atypiques

Les réactions qui viennent d'être exposées sont celles que l'on observe dans la grande majorité des atteintes ; on peut les considérer comme classiques. Par contre, en

(1) Hohn. — Klinisches Jahrbuch, 1908.
(2) Hohn affirme qu'elles persistent tant que durent chez certains malades les grandes oscillations de température.
(3) Salebert. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 19 avril 1909.

certaines circonstances, on a devant les yeux des réactions anormales, atypiques, qu'il convient de bien connaître, sinon on est exposé à de fausses interprétations amenant des erreurs de diagnostic, préjudiciables aux malades.

Dans certains cas, en effet, la ponction lombaire donne issue à un liquide clair ou légèrement opalescent ; on remarque que dans sa masse flottent quelques *flocons fibrineux* ; on centrifuge, on examine, on trouve de la *lymphocytose*. Or, cette dernière peut se rencontrer même dans la méningite cérébro-spinale dans plusieurs circonstances bien étudiées par Netter et Debré.

a) Ou bien, il s'agit d'une méningite méningococcique qui a traversé la période d'acuité, et qui s'achemine vers la guérison ; la lymphocytose a remplacé la polynucléose (1). Les méningocoques sont absents ; jusqu'alors rien d'anormal, le cycle est régulier, ainsi que l'étude des phénomènes régressifs l'a montré plus haut.

b) Ou bien, fait plus troublant, le début des symptômes méningés remonte à quelques heures seulement ; après centrifugation on observe des cellules souvent peu abondantes ; ce sont des mononucléaires (76 p. 100, 80 p. 100 dans 3 cas rapportés par Netter et Debré), parmi lesquels on compte de nombreux lymphocytes et de grandes cellules conjonctives. Les méningocoques existent, parfois très abondants ; dans les cas où la lymphocytose est pure, ils sont extra-cellulaires.

Habituellement, à moins que le malade ne succombe rapidement [Claisse (2), Boinet], cette réaction lymphocytaire ne persiste pas ; elle est remplacée par une formule polynucléaire. Signalons ici que cette dernière se produit souvent après une injection de sérum, parfois même le lendemain [Choupin (3), Dopter (4), Netter et Debré (5)], montrant ainsi sans doute une réaction salutaire de l'organisme. Mais il faut savoir aussi que la lymphocytose pure ou presque pure peut persister pendant toute l'évolution de la maladie (1 cas de Choupin).

Les liquides clairs lymphocytiques contiennent une certaine quantité d'albumine.

La précipito-réaction peut être positive.

D'autres épreuves (agglutination du sérum, recherche du méningocoque dans le rhino-pharynx, etc.) prouvent que le méningocoque est en cause.

c) Enfin, dans certaines méningites cérébro-spinales atténuées, abortives, le liquide céphalo-rachidien est clair comme de l'eau de roche ; il ne renferme pas d'éléments cellulaires, ou bien ces derniers sont rares; les méningocoques peuvent être absents. On est évidemment tenté d'écarter le diagnostic de méningite cérébro-spinale. On pense alors à la méningite tuberculeuse (en raison de la lymphocytose) ou à des « états méningés » survenant parfois au cours d'infections typhoïdes ou broncho-pulmonaires. Et cependant, il s'agit bien de méningite cérébro-spinale, ainsi qu'en témoignent les réactions biologiques suivantes.

Dans un cas de Salebert et Louis (6), la précipito-réaction était positive ; le sérum du malade était nettement agglutinant à 1 p. 100 pour le méningocoque, et le germe spécifique fut décelé dans le rhino-pharynx du malade.

Un autre cas de Netter et Debré (7), où il était impossible de déceler le moindre élément cellulaire, a donné des résultats identiques : précipito-réaction discrète à 1 p. 50 et 1 p. 100, mais agglutination nettement positive à 1 p. 100 et 1 p. 200. Enfin l'analyse chimique révèle en pareil cas une petite quantité de sérine.

Devant ces faits, il est impossible de nier l'existence de la méningite méningococcique, malgré l'absence de réaction du liquide céphalo-rachidien. Ils montrent en même temps l'importance des divers éléments de l'analyse biologique et bactériologique pour arriver à poser un diagnostic ferme. Ils montrent enfin la véritable nature de certaines formes atténuées qui viennent se glisser en temps épidémique au milieu des formes les plus graves. Dans les travaux de Faure-Villars, en 1833, dans la vaste épidémie suédoise de 1856, on en trouve la description ; de même en 1898, Netter les avait signalés sous le nom de *méningites séreuses*, de même Jaeger en 1904, Salebert et Monziols en 1907.

Dans les cas qui viennent d'être signalés, il s'agit de formes abortives de la maladie. Mais en certains autres bien avérés, chez lesquels les symptômes cliniques sont au complet (céphalée, raideur marquée de la nuque, signe de Kernig net, herpès, etc.), on peut retrouver aussi un liquide céphalo-rachidien normal, où les réactions cellulaires sont absentes, où les méningocoques ne sont perceptibles ni à l'examen direct, ni à la culture.

Ce sont sans doute des cas analogues à ceux de Mason, d'Harvey Cushing et Sladen (1), Knox et Sladen (2), où ces auteurs ont noté l'existence d'une obturation anormale entre les méninges spinales et cérébrales. Mais ils sont exceptionnels. En pareil cas, la ponction des ventricules ramène du liquide céphalo-rachidien avec ses caractères pathologiques habituels.

L'étude de ces liquides céphalo-rachidiens dont les réactions cellulaires et l'aspect physique s'éloignent de la formule classique, montre que l'on ne doit pas, d'emblée, sans plus ample renseignement, éliminer dans ces cas la nature méningococcique de la méningite ; ils réclament seulement des recherches plus étendues et plus complètes pour que le diagnostic soit posé d'une façon précise.

En réalité, les contradictions qu'ils manifestent ne sont qu'apparentes ; elles semblent s'expliquer aisément par les constatations intéressantes de Ménétrier et Mallet (3) à l'occasion de l'étude histologique approfondie qu'ils ont pratiquée dans un cas. Ils ont montré qu'au niveau de la pie-mère, il existe une indépendance marquée dans la répartition des éléments cellulaires. La méninge et ses gaines lymphatiques sont exclusivement remplies de lymphocytes ; dans l'exsudat cavitaire au contraire, on décèle presqu'uniquement des polynucléaires. On peut donc dire avec ces auteurs : « Les unes et les autres de ces localisations correspondent évidemment à des réactions de tissus, souvent combinées, mais susceptibles d'être éventuellement dissociées, réaction lymphatique et réaction sanguine. L'aspect trouble ou limpide du liquide céphalo-rachidien, sa teneur prédominante en polynucléaires ou en lymphocytes, paraissent en rapport direct avec l'intensité et la diffusion des phénomènes inflammatoires ; on conçoit dès lors comment la réaction peut varier en quantité et qualité suivant l'époque où la ponction est pratiquée, suivant aussi la détermination anatomique de la méningite ».

Les particularités révélées par l'étude du liquide céphalo-

(1) Teissier. — *Soc. médicale des hôpitaux* 21 mai 1909. Netter et Debré. *Soc. de biologie*, 19 juin 1909.
(2) Claisse. — *Soc. médicale des hôpitaux*, 14 mai 1909. Boinet, *Académie de médecine*. 18 mai 1909.
(3) Choupin. — *Loire méd cale* 15, avril 1909.
(4) Dopter. — *Société des hôpitaux*, 14 mai 190', p. 893.
(5) Netter et Debré. — *Loco cit.*
(6) Salebert et Louis. — *Soc. médicale des hôpitaux*, 19 juin 1909.
(7) Netter et Debré. — *Société de Biologie*, 24 juillet 1909.

(1) Harvey Cushing et Sladen. — *Journal of exp. medicine*, 8 juillet 1908.
(2) Mason, Knox et Sladen. — *Arch. of. Ped*,. oct. 1908.
(3) Ménétrier et Mallet. — *Soc. médicale des hôpitaux*, 4 déc. 1908.

rachidien dans la méningite cérébro-spinale épidémique présentent une importance capitale. Les notions livrées par l'analyse cytologique, bactériologique, biologique et même chimique doivent être considérées comme le reflet des phénomènes réactionnels dont les méninges cérébro-spinales sont le siège. Dans chaque cas particulier, plus que ne le ferait une vivisection, elles donnent des indications précises sur l'état anatomique, le degré d'inflammation des méninges, leur teneur en microbes, etc..

Dans les cas douteux, seulement suspects au point de vue clinique, les réactions précédentes du liquide céphalo-rachidien permettent le plus souvent de révéler non seulement l'existence de la méningite, mais leur nature étiologique microbienne.

D'autre part, en faisant suivre au clinicien l'évolution progressive, stationnaire, ou régressive des troubles morbides, elles lui donnent des renseignements d'une utilité incontestable sur l'opportunité d'une nouvelle intervention, ou de l'abstention. Ainsi, pour ne citer que quelques exemples : même en présence d'une atténuation marquée des symptômes cliniques présentés par un malade, si le liquide céphalo-rachidien clair ou trouble contient, avec des éléments cellulaires, des méningocoques, si la précipito-réaction reste positive, une ou plusieurs injections nouvelles s'imposent (Netter) (1) ; si au contraire la formule leucocytaire devient lymphocytique, et que les méningocoques aient disparu, l'abstention est indiquée.

De tels renseignements sont des plus appréciables chez les sujets qui, après une période d'accalmie, présentent de nouvelles ascensions thermiques. S'agit-il d'une reprise des phénomènes méningés ou seulement d'accidents anaphylactiques ? L'examen du liquide céphalo-rachidien, par sa teneur en germes et en cellules donne la réponse, et la conduite du praticien en dépend directement ; on sait, en effet, que les accidents anaphylactiques ne modifient pas l'état cytologique et microbien du liquide. En ce cas, le praticien devra s'abstenir de nouvelles injections, surtout si le liquide prend une couleur ambrée rappelant celle du sérum et montrant que ce dernier n'est pas résorbé (2) ; sinon de nouvelles injections s'imposent.

On voit tout le parti que le thérapeute peut tirer de ces diverses constatations ; elles sont pour lui un guide précieux qui lui dicte pour ainsi dire la conduite qu'il doit tenir dans tel ou tel cas.

(1) Netter. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 28 mai 1909.
(2) Netter. — *Socié é méd. des hôp.*, 28 mai 1909. — Salebert. — Soc. médicale des hôpitaux, 9 juillet 1909.

Syphiligraphie

Syphilis ignorée. Extirpation chirurgicale d'une volumineuse gomme du cou prise pour un abcès froid enkysté et d'une gomme du foie prise pour un fibro-sarcome. Récidive. Guérison par l'*hectine*.

Par M. G. Milian.

M..., Antoinette, ménagère, âgée de trente-sept ans, m'est amenée le 29 octobre 1909, à la consultation de médecine de l'hôpital de la Charité par les externes de la consultation de chirurgie, près de qui elle était venue consulter pour une *ulcération de la base du cou*. Cette ulcération a 9 centimètres de hauteur sur 1 de large. Elle siège à la partie inférieure du cou vers l'insertion basse du sterno-cléido mastoïdien. Au milieu de la plaie, on aperçoit le chef claviculaire dénudé de ce muscle. Les contours de la plaie sont polycycliques et taillés à pic. Le fond et surtout les bords supérieurs sont bourbillonneux. L'ulcération repose sur une masse empâtée qui, au pourtour, surtout à la partie supérieure, fait au-dessus du fond une saillie de 2 à 3 centimètres (fig. 2). Cette infiltration fait corps avec les muscles sous-jacents et avec le périoste de la poignée sternale, ou le sternum lui-même. La malade nous raconte qu'elle est entrée à l'hôpital de la Charité au mois d'août 1909, qu'elle avait alors, au même endroit, une tumeur du volume d'un petit œuf. Cette tumeur était légèrement douloureuse à la pression et donnait « des élancements dans l'épaule », ainsi qu'une sensation de pesanteur locale.

On fait à cette époque le diagnostic d'*abcès froid enkysté* dont on pratique l'excision. La malade sort de l'hôpital et nous revient le 27 octobre avec l'ulcération ci-dessus décrite, qui se présente comme une gomme syphilitique ulcérée des plus caractéristiques, aussi bien par son siège que par son aspect objectif.

En déshabillant la malade, nous voyons, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, une *cicatrice de laparotomie* remontant au 5 juillet 1907. Cette femme nous dit avoir été opérée à cette date, à Amiens, par le Dr Peugniez, d'une tumeur du foie.

Le *foie* est énorme ; son bord supérieur remonte jusqu'au mamelon et son bord inférieur descend jusqu'à la hauteur de la crête iliaque, mesurant ainsi 27 centimètres de hauteur. La consistance de l'organe est dure ; à sa surface, on sent deux bosselures, dont l'une a le volume d'un œuf de poule. On distingue en outre sur le bord gauche du foie une encoche à angle droit due vraisemblablement à l'extirpation chirurgicale pratiquée deux ans auparavant.

La *rate* est elle-même très hypertrophiée ; elle dépasse le rebord costal de deux travers de doigt et remonte aux environs du mamelon gauche.

Ces données ont été confirmées par la radioscopie faite par M. Varet et dont nous donnons plus loin le résultat.

Il n'y a *ni ascite, ni circulation collatérale, ni ictère. Le teint de la malade* est seulement un peu terreux et les muqueuses sont sensiblement décolorées.

Continuant notre examen, nous voyons, les jambes de M... A.... enveloppées dans la ouate, des pieds jusqu'aux genoux. Elle nous dit qu'elle a des rhumatismes épouvantables qui la font horriblement souffrir et qui lui enlèvent tout sommeil. On trouve sur la face antéro-interne des deux *tibias*, particulièrement du gauche, des empâtements périostiques extrêmement douloureux à la pression, qui sont la cause de ces soi-disant rhumatismes et qui, en réalité, ne sont que des *périostoses syphilitiques*. La radioscopie nous montre une irrégularité notable des crêtes tibiales, et les radiographies faites par M. Varet, adjoint du service d'électrothérapie de la Charité, nous montrent des hyperostoses qui modifient entièrement les contours de ces os.

L'*état général* de la malade est très défectueux. La température n'a pas été prise dès le premier jour ; le 7 novembre, elle marquait 38 degrés le matin, 38°2 le soir. Il est probable que les jours précédents, avant l'influence du traitement, elle était plus élevée, puisque lors de sa première atteinte hépatique, la malade eut jusqu'à 39 degrés de température.

Les *forces* de la malade étaient très diminuées, car il lui devenait très pénible de remplir ses fonctions de ménagère. Elle allait et venait encore, mais avait cessé son travail depuis deux ou trois jours.

Le *teint était terreux*, comme chez les syphilitiques héréditaires ; les *muqueuses notablement anémiées* ; enfin, il y avait un *amaigrissement* marqué, au dire de la malade, qui ne pesait plus que 56 kilogrammes au lieu de 61 kilogrammes.

Les *urines*, de couleur normale, de quantité également normale puisqu'elles étaient de 1 litre 1/2 par jour, étaient pauvres en principes extractifs et ne renfermaient en particulier que 13 grammes d'urée pour vingt-quatre heures, malgré une alimentation normale en quantité.

Voici l'analyse complète qui en a été faite par M. Guérithault, interne en pharmacie à l'hôpital de la Charité.

Analyse d'urines du 29 octobre 1909 :

Quantité des urines de vingt-quatre heures, 1.400 centimètres cubes.

Couleur jaune clair.

Odeur *sui generis*.

Dépôt blanc, floconneux, peu abondant.

Réaction faiblement acide

Densité à + 15 degrés, 1.011.

Eléments normaux :

	Par litre	Par 24 h.
Urée	9 gr. 60	13 gr. 44
Acide urique	0 gr. 37	0 gr. 51
Azote de l'urée	4 gr. 48	6 gr. 27
Azote total	5 gr. 89	8 gr. 24
Chlorures en NaCl	7 gr. 02	9 gr. 2
Phosphates en P^2O^5	0 gr. 55	0 gr. 77

Eléments anormaux :

Albumine	traces impondérables.
Glucose	0
Pigments biliaires	0
Acides biliaires	0
Indoxyle urinaire	traces
Urobiline	0
Acétone	

Rapports urologiques :

Rapports normaux

1° Rapport *azoturique*.. $\frac{\text{Azote de l'urée}}{\text{Azote total}} : \frac{4.48}{5.89} = \frac{76}{100}$ — $\frac{80 \text{ à } 90}{100}$

2° *Rapport de l'acide urique à l'urée*... : $\frac{0.37}{9.60} = \frac{1.52}{40}$ — $\frac{1}{40}$

3° Rapport de l'*acide phosphorique à l'urée* : $\frac{0.55}{9.60} = \frac{5.7}{100}$ — $\frac{10}{100}$

Examen microscopique du dépôt (après centrifugation) :
Cellules épithéliales de la vessie.
Cristaux d'acide urique.
Critaux d'urate de soude.
Quelques leucocytes.
Pas d'hématies.

Les autres viscères étaient normaux : les poumons et le cœur ne présentaient aucun bruit anormal. La langue était bonne. Les selles régulières. Les réflexes rotuliens et achilléens était normaux. Il n'y avait ni signe d'Argyll Robertson, ni signe de Romberg.

Voici les résultats de l'examen radioscopique pratiqué le 15 novembre 1909 par M. Varet :

Examen radioscopique (Thorax. Abdomen. Membres inférieurs) :

Champs pulmonaires. Les champ pulmonaires, le droit comme le gauche, montrent une clarté normale du parenchyme. Sinus costodiaphragmatiques normaux.

Ganglions péri-bronchiques et médiastinaux. Hypertrophie modérée bilatérale des ganglions péri-bronchiques (en position antérieure directe), et médiastinaux (en position oblique, antérieure droite de Béclère).

Sommets pulmonaires. Le sommet du côté droit est peut-être un peu plus sombre que son répondant du côté gauche.

Cœur normal.

Aorte un peu élargie (en position O. A. Dr.).

Viscères abdominaux :

Le diaphragme droit présente un aspect inaccoutumé : son dôme se montre notablement surélevé, mais sans diminution du rayon de courbure.

L'image radioscopique prend une apparence bien plus remarquable encore après l'ingestion de la préparation gazeuse classique : bicarbonate de soude, acide tartrique.

L'*estomac*, distendu sous la poussée du gaz carbonique naissant, apparaît alors en clair, et sur ce fond clair se détachent avec la plus grande netteté l'ombre du bord gauche du foie à droite, et celle de la rate à gauche.

La *rate* présente un contour normal, mais avec des dimensions exagérées permettant d'affirmer l'existence d'un notable degré de splénomégalie.

Le *foie* montre un bord gauche très débordant et limité par une ligne irrégulière terminée inférieurement par une encoche à angle droit.

Membres inférieurs :

Les deux tibias examinés de profil offrent un contour irrégulier accidenté et tel qu'on le rencontre au cours des processus de périostose.

Le tibia du côté droit présente en outre une incurvation générale, à convexité antérieure, de son image profilée.



Fig. 1. — Radiographie du tibia gauche avec ses périostoses (Due au Dr Varet).

La jambe gauche a été radiographiée (fig. 1); voici le résultat de cette opération pratiquée en profil interne :

1° *Péroné* : Irrégularité des contours du canal médullaire sur toute l'étendue de la diaphyse ;

2° *Tibia* : Le profil du tibia gauche n'a pas sa régularité normale ; il est bossué, tourmenté, notamment à l'union des tiers in-

férieur et moyen de l'os, et aussi, bien qu'à un degré moindre, au niveau du tiers supérieur (néoformation périostique).

Sur toute la longueur de la diaphyse, on note un épaississement marqué du canal médullaire.

Enfin, assombrissement général de l'os (ostéite condensante). En aucun point on ne constate de taches claires (il n'existe donc pas de gommes sur ces os).

En résumé :

Signes très discrets d'induration du sommet droit.

Intégrité des champs pulmonaires avec hypertrophie modérée des ganglions péribronchiques et médiastinaux.

Existence d'un certain degré d'aortite chronique.

Hypertrophie marquée du foie, qui déborde notablement la ligne médiane à gauche, où son bord se termine par une forte encoche à angle droit.

Hypertrophie marquée de la rate.

Signes radioscopiques et radiographiques de périostose tibio-péronière bilatérale, surtout accentuée à gauche où la radiographie trahit l'existence d'un processus d'ostéite condensante avec remarquables bosselures de périostose tibiale.

Les antécédents de la malade étaient les suivants :

Antécédents héréditaires. — Son *père* est mort à soixante-douze ans ; sa mère à soixante-six ans, d'une fluxion de poitrine. La malade a douze frères ou sœurs tous biens portants.

La malade s'est mariée à dix-huit ans et est restée mariée trois ans. Elle a eu trois enfants venus à terme. Le premier est mort âgé de cinq jours à la suite de convulsions ; le deuxième, à deux mois.

La malade a quitté son mari étant enceinte. Elle a accouché à terme d'une fillette qui est morte d'une méningite à deux ans.

Deux ans après, M. A..., se remarie et, quatre mois après son mariage, fait une fausse couche de trois mois. Depuis cette époque, la malade n'a jamais été enceinte.

Le deuxième mari a été atteint du délire de persécution et interné à Sainte-Anne, Bicêtre, Villejuif. Huit jours après sa sortie de Villejuif, il se suicida à Amiens.

La malade dit avoir eu, à l'âge de quatorze ans, des douleurs dans les jambes au niveau des articulations qui étaient rouges, gonflées, douloureuses. Au bout de six semaines, les douleurs ont disparu et il ne restait qu'une douleur articulaire qui dura cinq à six mois pour disparaître enfin d'une manière définitive (1).

En présence de ces manifestations multiples, gommes du cou, périostoses des tibias, foie hypertrophié et bosselé, il devenait vraisemblable que nous avions affaire à une seule et même maladie et que le foie opéré naguère était, au même titre que l'ulcération du cou et les périostoses des jambes, une manifestation de syphilis.

J'écrivis donc au Dr Peugniez, d'Amiens, pour lui demander des renseignements au sujet de la malade qu'il avait opérée, et avec une très grande obligeance, non seulement le Dr Peugniez me renseigna sur l'histoire de la malade, mais encore m'apporta lui-même à Paris les préparations histologiques faites à l'époque sur la tumeur extirpée, et des morceaux de la tumeur elle-même.

Voici ce qu'il m'écrivit :

« En juillet 1907, M... A... est entrée dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu d'Amiens pour une douleur très vive au creux épigastrique avec fièvre (39 degrés). Comme on sentait une voussure à l'épigastre, le chef du service m'a prié de l'examiner. J'ai diagnostiqué une pancréatite et proposé une opération que la malade refusa.

« Plus d'un mois après, souffrant toujours, elle entre dans mon service ; elle est apyrétique. Je l'opère et tombe sur une tumeur bien limitée, grosse comme le poing et atteignant le bord libre du foie. Elle est dure, bosselée, marbrée de taches et de traînées d'un gris-blanc, l'aspect d'un cancer. Je l'enlève.

« La malade guérit. Je porte la préparation à Cornil avec la pièce. Lui-même fait des préparations qu'il me renvoie et que j'ai encore. Son diagnostic est : fibro-sarcome du foie. Il pronostique une récidive rapide. Voilà comment, de la meilleure foi du monde, au Congrès international de chirurgie de Bruxelles, j'ai présenté cette observation comme un cas d'extirpation de sarcome du foie suivie de guérison.

« Or, depuis, la malade est entrée dans un service de la Pitié avec tous les symptômes d'une angiocholite biliaire. Je l'ai vue avec Renon et nous nous sommes demandé si Cornil n'avait pas fait une erreur. »

. . . .

J'ai examiné les coupes de M. Cornil, je les ai soumises à l'examen de M. Brault, ainsi que d'autres que je refis avec les morceaux de foie remis par M. Peugniez et ma conviction s'établit plus forte encore qu'il s'agissait de gommes syphilitiques du foie. M. Brault, à qui je montrai les préparations, sans lui dire de quoi il s'agissait, porta immédiatement le diagnostic de gommes syphilitiques du foie.

L'examen histologique montrait, en effet, à l'œil nu, sur les coupes des masses nécrosées à contours arrondis, polycycliques, nettement délimités, en jeu de patience, comme il arrive au cas de gommes du foie au microscope. Le centre des gommes était caséifié, entouré d'une zone de leucocytes polynucléaires, étirés en sangsue (chromatocytes de Segall) et de cellules conjonctives, et plus loin, d'une zone de lymphocytes et de plasmazellen. Le foie lui-même était complètement bouleversé par une cirrhose d'aspect différent suivant les régions, tantôt vastes plaques conjonctives où l'on trouvait des cellules conjonctives assez nombreuses et peu d'éléments diapédézés ; au milieu de ces plaques, on rencontrait souvent des espaces portes sclérosés où l'on reconnaissait les canaux biliaires dont l'épithélium était intact, mais dont la paroi sclérosée se fondait sans limite précise avec la cirrhose environnante ; les veines portes entourées de manchons de lymphocytes ; les artères hépatiques aux parois sclérosées.

Ailleurs, les plaques de cirrhose étaient infiltrées de lymphocytes et de plasmazellen, insinués en files ou en amas dans les faisceaux conjonctifs. On y trouvait souvent de vastes cavités creusées à même dans la sclérose mais bordées d'endothélium, généralement vides de globules rouges et renfermant des leucocytes surtout polynucléaires. Ces cavités manifestement dérivées de vaisseaux étaient tantôt arrondies, tantôt ovalaires, tantôt cylindroïdes avec des éperons saillant dans leur lumière qui les faisaient ressembler à des cavités lymphatiques. Il est probable qu'il s'agissait au contraire de vaisseaux capillaires, reliquats des vaisseaux intertrabéculaires préexistants, comme nous le dirons plus loin. Il est à noter que nulle part dans ces plaques de sclérose, nous ne trouvions les « néo-canalicules biliaires » décrits par Cornil et Hanot dans la cirrhose hypertrohique biliaire.

En certains points enfin, la cirrhose renfermait encore des portions de parenchyme hépatique et se présentait avec les caractères habituels de la cirrhose hépatique tels qu'on les retrouve dans la syphilis héréditaire des nouveau-nés. Il restait de place en place des îlots de parenchyme où la sclérose dissociait les travées dans le plus grand désordre, isolant les cellules hépatiques par petits groupes de 10, de 5, de 2 cellules ; quelquefois même une seule cellule hépatique restait isolée au milieu d'une plaque de sclérose. C'était là le type de la *cirrhose monocellulaire* classique de la syphilis. Il est à noter que, dans ces îlots de parenchyme hépatique, les capillaires restaient souvent dilatés, le plus souvent vides, quelquefois gorgés de globules rouges. Cette dilatation ne semblait nullement d'origine mécanique, car les travées hépatiques conservaient leur épaisseur normale et n'étaient nullement amincies. On trouvait tous les intermédiaires entre ces capillaires dilatés et les grandes cavités conservées au sein de la sclérose que nous décrivions tout à l'heure, c'est pourquoi nous croyons que celles-ci ont une origine sanguine et non lymphatique.

Devant cet ensemble concordant, nous avons donc porté le diagnostic de *gomme syphilitique de la base du cou, périostoses syphilitiques des tibias, syphilis gommeuses du foie.*

Nous résolûmes d'instituer un traitement antisyphilitique immédiat. Dans ce cas, vierge de tout traitement interne antérieur, nous essayâmes l'action d'un médicament arsenical introduit dans la thérapeutique par M. Balzer (1), l'*hectine*, en ayant soin

(1) Cette partie de l'observation a été rédigée avec les notes qu'on m'ont été remises par M. Sebencq, externe de la consultation de chirurgie.

(1) Balzer et Mouneyrat. Traitement de la syphilis par un nouveau dérivé arsenical. benzo-sulfone-paraaminophényl-arséniate de soude (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4 juin 1909, p. 1142.)

d'écarter toute préparation mercurielle interne ou externe. La plaie du cou fut pansée à l'eau bouillie, puis à l'emplâtre rouge de Vidal. Dès le 29 octobre, la malade reçut chaque jour 10 centigrammes d'*hectine*, en injection intramusculaire.



Fig. 2. — Photographie de l'ulcération gommeuse, le 28 octobre.

Voici dès lors comment évolue la cure :

29, 30 et 31 *octobre*, 0 gr. 10 hectine.

1er *novembre*. Hectine, 0 gr. 10. La plaie semble se déterger un peu. L'empâtement diminue.

2 *novembre*. 0 gr. 10 hectine.

3 *novembre*. 0 gr. 20 hectine. L'infiltration gommeuse diminue. Les douleurs des jambes et du cou sont presque complètement disparues. La malade peut dormir. Teint meilleur. La malade se sent » plus vive ».

4 *novembre*. 0 gr. 10.

5 au 8 *novembre*. 0 gr. 20.

8 *novembre*. Le foie a 26 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire. La bosselure, de la dimension d'une mandarine qu'on sentait sur la face antérieure, au-dessous des côtes, a diminué des trois quarts. Le foie est moins dur. La gomme du cou a rétréci d'un quart. La malade engraisse. Excellent facies.

P = 60, couchée. T = 36°8 rectale, ce matin.

La malade a cessé le vin depuis trois mois. Elle ne boit que de l'eau et du lait.

9 *novembre*. 10 centigrammes d'hectine.

10 *novembre*. La plaie est complètement détergée. Elle se rétrécit considérablement ; 10 centigrammes d'hectine.

11 *novembre*. 10 centigrammes d'hectine.

12 *novembre*. Le 10 *novembre* au soir, *violent mal de tête* au niveau du front à gauche, à la hauteur de l'œil correspondant. Tout le visage, particulièrement à gauche, était très rouge, ce qu'elle sentait, et ce qui lui avait été dit par l'entourage. Elle éprouvait une forte *chaleur au* visage. Cette crise a duré une heure et demie, et a progressivement rétrocédé. Elle avait en outre une grande *somnolence*, une grande lourdeur générale, des *nausées* et des *bourdonnements dans* les oreilles. Elle entendait un peu « sourd ».

Pas de brouillard devant les yeux.

On a fait aujourd'hui 10 ctgr. d'hectine. Mais on supprime ensuite.

Le 11 *novembre, saignement de nez* (narine gauche), une dizaine de gouttes vers 11 heures du matin, la malade ayant reçu sa piqûre à 9 heures du matin. Pas de diarrhée ; une selle molle tous les jours.

La malade a uriné 2 lit. 1/2 le 9 novembre, 3 lit. 1/2 le 10, 3 lit. 1/2 le 11.

Poids au 8 novembre : 59 kilos au lieu de 57 kilos.

On cesse cette première série d'hectine (12 novembre).

15 *novembre*. La plaie se cicatrise de plus en plus. Il y a encore un peu d'infiltration à la partie supéro-externe gauche, avec deux petits dépôts bourbillonneux.

La malade dort comme une souche.

17 *novembre*. La dernière injection n'a provoqué aucun trouble général.

Le facies est de plus en plus excellent.

Ces deux jours-ci, 2 lit. 1/2 d'urine.

Pouls : 76 à la minute, assise.

Poids : 61 kilogrammes.

Les deux pommettes sont très colorées et montrent de nombreuses varicosités capillaires.

Quantité d'urine des vingt-quatre heures : 3 litres.

Densité 1015

Urée............	Par litre.	14 gr. 70	Par 24 h.	44 gr. 10
Chlorures en NaCl...	—	6.14	—	18.42
Phophates en P^2O^5..	—	1.15	—	3.45

Albumine : traces indosables.

Glucose : néant.

Pigments biliaires : néant.

19 *novembre*. La malade urine toujours 3 litres. La cicatrisation se poursuit

Les pommettes sont moins rouges.

Deuxième série d'hectine :

20 *novembre*. 0 gr. 10 centigr

21 *novembre*. 0 gr. 10 centigr

22 *novembre*. 0 gr. 10 centigr

23 *novembre*. 0 gr. 10 centigr

24 *novembre*. 0 gr. 10 centigr.

25 *novembre*. 0 gr. 10 centigr.

26 *novembre*. 0 gr. 10 centigr. Pouls 76. Douleur sourde compressive à la tête (région temporale et mastoïdienne) ainsi que le long du maxillaire inférieur gauche et dans l'oreille, où il y a des élancements. A de certains moments, le soir surtout, la peau devient sensible au toucher comme si on piquait avec des épingles. Les cheveux ont la même sensibilité.



Fig. 3. — Photographie après traitement, le 10 décembre.

Pas de diarrhée ni d'autres symptômes.

26 *novembre.* Foie, 21 centimètres. Hectine 0 gr. 10 centigr.
27 *novembre.* 0 gr. 10 centigr.
28 *novembre.* 0 gr. 10 centigr.
29 *novembre.* 0 gr. 10 centigr. Pouls : 78, debout.
30 *nov*, 1er, 2 et 3 *déc.* Hectine 0 gr. 10 centigr., maux de tête très violents les 1, 2 et 3. Douleur très vive à la pression en certains points assez localisés : sous-orbitaire droit et un peu partout dans la zone fronto-pariétale droite.
Cicatrisation presque complète du cou.
6 *décembre.* Foie, 21 centimètres.
Poids, 61 kilogrammes.
Se plaint toujours de céphalées, particulièrement sur le coup de midi.
10 *décembre.* Guérison complète de la gomme du cou. A cessé l'hectine le 4 décembre.
15 *décembre.* Poids, 62 kilog. 500.
Reprise de l'*hectine* cessée le 4 décembre, le 16 décembre : 0 gr. 10 cent.
Analyse d'urines :
Quantité totale, 3 litres.

Densité à + 15 degrés	1015
Réaction, très faiblement acide.	
Urée, par litre	15 gr. 07
Phosphates en P^2O^5, par litre	0,88
Chlorures en NaCl	10,29
Albumine, par litre	0,08
Glucose	0
Pigments biliaires	0
Acides biliaires	0

Réflexions. — Voici donc une observation dans laquelle une syphilis hépatique a été prise pour un sarcome du foie et opérée chirurgicalement — une gomme de la base du cou prise pour un abcès froid enkysté et extirpée chirurgicalement — erreurs de diagnostic difficilement évitables en l'absence de toute anamnèse de syphilis et en présence de la physionomie spéciale des lésions.

C'est l'aspect caractéristique de la gomme du cou une fois ulcérée et la coexistence des périostoses gommeuses du tibia qui ont éclairé notre diagnostic et, sans cette double circonstance, il est vraisemblable que nous aurions, comme nos prédécesseurs, passé à côté de la véritable étiologie de la maladie hépatique.

Il est bon de mettre en lumière les points intéressants de cette observation et qui ont trait aux particularités cliniques de cette syphilis hépatique : histologie, troubles de la nutrition, syphilis ignorée, traitement par l'hectine.

Cette syphilis scléro-gommeuse se caractérisait par une *hypertrophie considérable et massive du foie* avec production de masses qui, prédominant au début, avaient été prises pour des tumeurs. Elle s'accompagnait d'*hypertrophie de la rate.* Il n'y avait ni ictère, ni ascite, ni circulation collatérale.

Fait curieux, les urines ne renfermaient pas la moindre trace d'acide ou de pigments biliaires ; par contre, l'hypoazoturie témoignait de l'insuffisance hépatique.

Les troubles de la *nutrition générale* étaient considérables ; bien que l'appétit fût conservé et que la malade continuât à manger d'une manière convenable, l'état général était mauvais, l'amaigrissement faisait des progrès, les forces diminuaient, le teint était terreux. En un mot, on voyait se produire ces mêmes troubles qu'on observe chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire et qui, malgré l'absence d'accidents cutanés apparents, maigrissent de jour en jour, bien qu'ils tettent régulièrement et prennent des quantités normales de lait à chaque tétée. Ces troubles de la nutrition sont en tous points semblables à ceux des diathèses ou maladies dites par ralentissement de la nutrition, dans lesquelles l'appétit est conservé ou même exagéré, mais où les combustions se font mal et où le rapport azoturique est diminué : 76 p. 100 dans le cas actuel au lieu de 90 p. 100.

MM. Gaucher et Crouzon (1) ont d'ailleurs signalé des faits semblables.

Faisons remarquer aussi cette *fièvre syphilitique tertiaire* qui ici s'éleva jusqu'à 39 degrés et disparut sous l'influence du traitement arsenical spécifique. De telles températures ne sont pas rares lorsqu'on est en présence d'infiltrats gommeux importants, alors même que ceux-ci ne sont pas ulcérés et, par suite, ne peuvent être envahis par l'infection secondaire.

Enfin, cette observation est un exemple de plus de ces *syphilis ignorées* si néfastes à leurs porteurs et dont les femmes sont si souvent atteintes. Contaminées par leur mari qui leur cache la maladie dont elles sont atteintes ou inconsciemment au cours de la grossesse, leur syphilis ne leur est révélée que par des accidents graves : perforation du voile, hémorragie cérébrale, etc., pour lesquels on intervient souvent trop tard par le traitement approprié, et en tous cas souvent après des tâtonnements thérapeutiques préjudiciables au malade.

Il ne semble pas que, chez M... A..., la syphilis héréditaire soit responsable, car nous n'avons pas trouvé de stigmates évidents. Il semble au contraire qu'il s'agisse d'une syphilis maritale, probablement transmise par la grossesse, syphilis conceptionnelle, étant donné qu'un mari est mort fou et que tous ses enfants sont morts en bas âge et qu'il y a même eu fausse couche.

L'histologie nous a révélé des détails intéressants : en particulier, cette cirrhose monocellulaire analogue à celle de la syphilis héréditaire siégeant dans les parties du foie intermédiaires aux gommes et enfin ces cavités nombreuses et très grandes, évidemment vasculaires, qui paraissent au premier abord des lymphangiectasies, mais qui sont probablement des capillaires dilatés.

La partie la plus intéressante de cette observation est peut-être celle qui a trait à la thérapeutique. Nous avons, en effet, employé l'*hectine*, médicament arsenical découvert par M. Mouneyrat et introduit par M. Balzer dans la thérapeutique et nous n'avons pas employé la moindre trace de mercure. Les résultats ont été des plus remarquables et permettent de classer ce médicament parmi les médicaments spécifiques de la syphilis.

Doses d'hectine. — La malade a pris, du 29 octobre au 15 novembre, c'est-à-dire pendant quinze jours, 0.10 centigrammes et quelquefois 0,15 ou 0.20 centigrammes d'*hectine* chaque jour, *au total* 1 gr. 95 d'*hectine.*

Elle s'est reposée du 13 novembre au 19 novembre, soit sept jours.

Elle a repris ensuite, du 20 novembre au 4 décembre, c'est-à-dire pendant quinze jours, 0.10 centigrammes d'*hectine* par jour, soit, au total, 1 gr. 50 d'*hectine.*

Résultats thérapeutiques. — Les *périostoses gommeuses* des tibias ont été améliorées dès le 3 novembre, c'est-à-dire au bout de six jours. La douleur spontanée avait disparu à cette date ; le sommeil réapparaissait grâce à l'accalmie. Au bout de quinze jours, toute douleur à la pression avait disparu.

La *vaste ulcération gommeuse de la base du cou*, ainsi que l'infiltration périjacente, ont guéri à vue d'œil. Le 3 décembre, cette plaie large de 10 à 12 centimètres, haute de 9 à 10, profonde de 4 à 5 était cicatrisée en grande partie.

Le 10 décembre, la cicatrisation était définitive.

Ce résultat avait été obtenu en trente-cinq ou quarante jours.

(1) Gaucher et Crouzon. — Des troubles de la nutrition dans la syphilis. *Journal de physiologie et de pathologie générale*, janvier 1902 et *Bul. Soc. méd. des hôp.*, février 1902.

Le foie suivit une amélioration parallèle.

Les bosselures de sa face antérieure avaient disparu le 10 novembre ; elles n'étaient plus perceptibles à la palpation. Le volume de l'organe diminuait aussi considérablement, car, à cette date du 10 novembre, c'est-à-dire après quinze jours de traitement,la hauteur de matité sur la ligne mamelonnaire était descendue de 26 centimètres à 21 centimètres.

Du côté des urines, les modifications furent également remarquables. Le 16 novembre, c'est-à-dire au dix-huitième jour du traitement, le volume total des vingt-quatre heures était de 3 litres au lieu de 1 litre 1/2 ; la densité passa de 1011 à 1015 ; l'urée de 13 gr. 44 à 44 grammes ; les chlorures de 9 gr. 82 à 18 gr. 42. Ces modifications heureuses persistent encore aujourd'hui.

L'état général s'était amélioré parallèlement.

La *fièvre* avait disparu rapidement. Le 7 novembre, la température était à 38°2, le 9 novembre elle tombait à 36°6 et s'y maintenait.Les forces revenaient progressivement chez cette femme qui n'avait plus l'énergie nécessaire pour travailler. Le teint, de terreux qu'il était, devenait plus clair, en même temps que les joues et les muqueuses se coloraient. Je ferai remarquer, en passant, que ces modifications heureuses de l'état général sont constantes au cours des traitements antisyphilitiques arsenicaux, alors qu'au contraire la diminution des forces, la fièvre, l'amaigrissement, l'anémie, surviennent d'une manière à peu près constante après un traitement mercuriel prolongé.

Enfin cette femme engraissait à vue d'œil et de 56 kilogrammes, elle a aujourd'hui 62 kilogr. 500.

Phénomènes d'intolérance. — La médication à l'*hectine* fut parfaitement supportée par notre malade, malgré son foie malade, sa rate hypertrophiée et sa légère albuminurie.

Il y eut cependant quelques petits phénomènes d'intolérance dus sans doute à ce que nous avons forcé les doses de médicament aussi bien comme quantité journalière que comme durée d'administration.

En effet, M. Balzer recommande des cures de dix jours à 0.10 centigr. par jour avec repos de dix jours. Et nous avons fait des cures de quinze jours à 0.10 et 0.20 centigr. avec un intervalle de sept jours seulement.

Il est probable qu'en nous en tenant aux doses recommandées par M. Balzer, nous aurions pu éviter ces petits symptômes d'intolérance.

Ceux-ci sont d'ailleurs communs à toutes les formes de la médication arsenicale un peu intensive.Je les ai observés avec l'arséniate de soude, l'arsacétin et surtout avec l'atoxyl. Ils méritent donc d'être connus.

A noter que, contrairement à ce qu'on voit souvent, M.., A.... ne présenta aucun trouble digestif, ni diarrhée, ni vomissements.

Les symptômes d'intolérance apparurent chez elle à deux reprises:le 21 novembre,aprèsla treizième piqûre de la première série ; le 26 novembre,après la septième piqûre de la deuxième série, après de fortes cures comme on voit.

La *céphalée* était le plus important de ces symptômes : douleur sourde,compressive, siégeant du côté gauche de la tête au niveau de la région fronto-pariétale de la mastoïde, irradiant même le long de l'os maxillaire inférieur et dans l'oreille sous forme d'élancements.

Il est difficile d'affirmer que cette douleur soit une douleur encéphalique ; il semblerait au, contraire, qu'il s'agisse de douleur névralgique ayant pour siège le trijumeau. Outre les irradiations dont nous venons de parler et qui se font suivant le trajet des branches du trijumeau, l'*hyperesthésie cutanée* concomitante plaide en faveur de cette hypothèse. La peau de la région est,en effet, sensible au toucher et même spontanément comme si on la piquait avec une botte d'épingles.

Les cheveux de la région fronto-pariétale présentent la même hyperesthésie, dès qu'on les rebrousse. La pression de l'hémicrâne et de l'hémiface était douloureuse, surtout au niveau de l'émergence de certaines branches nerveuses, du nerf sous-orbitaire en particulier.

En même temps,existait une vive *chaleur au visage* survenant par crises. Les *pommettes* étaient d'ailleurs rouge vif, comme si la malade avait eu une pneumonie bilatérale. Cette rougeur de la pommette est constante au cours des médications arsenicales un peu intensives. Elle nous montre que l'arsenic est un vaso-dilatateur puissant.

Cette vaso-dilatation rend compte des *hémoptysies* qui surviennent quelquefois chez les tuberculeux au cours du traitement arsenical. On l'observe très ordinairement au niveau de la *conjonctive*, surtout aux deux extrémités du diamètre cornéen horizontal, et elle a été le signe précurseur d'une amaurose temporaire que j'ai observée chez un malade en traitement par l'atoxyl. Chez Mme A., cette vasodilatation à également provoqué une *épistaxis*, toujours du côté gauche, où se manifestaient les phénomènes d'irritabilité.

Signalons enfin,au cours de ces phénomènes d'intolérance, des *bourdonnements d'oreilles* et une grande somnolence.

Ces différents symptômes disparurent assez vite avec la suspension du médicament. La céphalée persistait pourtant encore le 3 novembre, alors que la médication avait cessé le 29 octobre.

On voit donc que la médication par l'*hectine* présente dans ce cas le maximum d'efficacité avec le minimum d'inconvénients. On ne peut pas incriminer ici,pour la guérison de notre malade, l'action de mercure antérieurement absorbé puisque cette femme et les médecins qui la soignèrent ignorèrent toujours sa syphilis et que jamais la malade n'en absorba un atome. On ne peut incriminer non plus le traitement local, puisque celui-ci consista seulement en pansements humides à l'eau bouillie tout d'abord, et ensuite en bandelettes d'emplâtre rouge de Vidal qui, comme on sait, sont au minium, mais entièrement dépourvues de mercure.

L'action de l'*hectine* a donc pu être observée ici dans toute sa pureté.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les ennemis de la profession médicale.

S'il est bon de bien connaître ses ennemis pour les mieux combattre, on peut prédire à notre nouveau confrère, le Dr Gaston Pasquier, de faciles succès de carrière. Car avant même d'être entré en lice, il a déjà dépisté, observé, toisé les « ennemis de la profession médicale » qu'il a cloués au pilori dans sa thèse inaugurale (1). Le voici donc protégé par l'*æs triplex* ! C'est d'autant mieux que si M. Pasquier a déjà, sinon beaucoup vu, du moins beaucoup appris, il en verra et il en entendra bien d'autres !

(1) *Les ennemis de la profession médicale*. (Thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 nov. 1909, par Gaston Pasquier, né à Tours le 12 octobre 1882.)

***

Les ennemis de la profession médicale sont tellement nombreux, et parfois si bien embusqués, que notre confrère, ne les a pas reconnus tous. Cela peut se comprendre car ce n'est que par la pratique du terrain qu'on en découvre toutes les aspérités. Mais les ennemis que M. Pasquier dénonce sont bien identifiés. C'est d'abord le médecin lui-même, être bavard, chez qui la culture et la pratique professionnelles ont développé, plus qu'il ne fallait, une tare atavique : « les Gaulois, peuple de rhéteurs », avait observé Jules César. Certes, il est permis de causer, de bavarder même, mais en tenant un plus grand compte des circonstances et des milieux, alors que des paroles saisies par de longues oreilles indiscrètes et malignes, appartenant à des profanes, peuvent avoir, le plus injustement, les conséquences les plus imprévues et les plus fâcheuses sur le prestige de la corporation.

Il est encore d'autres « ennemis intérieurs » ; ce sont : la jalousie, la calomnie... La calomnie ! M. Pasquier peut se tenir pour heureux de ne pouvoir connaître encore tout ce que ce mot peut exprimer à la fois, ou de légèreté d'esprit ou de méchanceté perfide à l'égard les uns des autres ! Sont doute il s'agit là d'un défaut de l'espèce humaine, mais il est permis pourtant de se demander comment des médecins, qui ne devraient jamais se juger les autres sans appliquer au préalable la prudence scientifique du doute, s'amusent si souvent à recueillir et à colporter les propos les plus invraisemblables qui risquent d'atteindre, dans l'ombre des cénacles, de braves confrères peut-être plus purs que leurs calomniateurs anonymes. Mais ne remuons pas trop ces vilaines choses qui enlaidissent la bête humaine, et passons à des histoires plus gaies, telle l'histoire du *médecin ivrogne*.

***

Il s'agit d'un confrère aujourd'hui décédé, qui exerçait dans une petite ville du Nord-Ouest. A ses jours de consultation, les paysans venus de tous les environs remplissaient la salle d'attente. Mais avant d'entrer, on demandait timidement au domestique : *Le docteur est-il saoul* ? Si la réponse était affirmative, on entrait avec confiance ; sinon on allait faire un tour au marché en attendant que le docteur fût bien à point. Le plus curieux, ajoute M. Pasquier, c'est que cet alcoolique, qui injuriait et battait ses clients, a laissé une réputation professionnelle intacte ainsi que le souvenir d'une thérapeutique des plus heureuses.

Voici le tour d'un autre ennemi, le « client ». Ah ! par exemple, M. Pasquier l'arrange bien le client ! Il en fait notre ennemi par l'*orgueil*, par l'*ingratitude*, par la *mauvaise foi*, par l'*avarice*, par l'*égoïsme*, par l'*exigence*, par la *sottise*, par l'esprit de *routine*, par... Mais je m'arrête, par crainte d'aggraver le cas de M. Pasquier devant le public, et de compromettre singulièrement le mien. Il est vrai qu'on est toujours le client de quelqu'un, et que, par un juste retour de la justice immanente, le coiffeur ou l'épicier doit en penser autant de son client-médecin.

Nous avons contre nous bien d'autres ennemis : sociétés de secours mutuels, sociétés d'assurances, les guérisseurs, les charlatans, et *tutti quanti*.

***

Saluons pourtant, au passage, des adversaires de marque, des hommes du monde, tels ces littérateurs contemporains dont la plume aristophanesque a souvent médit de nous, mais qui, au fond, ne nous détestent pas : *qui bene amat, bene castigat*. Qu'on en juge par ces extraits de lettres que M. Pasquier n'a pas craint de solliciter.

C'est M. Alfred Capus qui lui répond :

. . . .

Le rôle du médecin dépasse, en effet, de beaucoup, son intervention technique et professionnelle dans le soulagement de nos misères physiques. Le médecin, par la connaissance qu'il est forcément amené à avoir des secrets de notre corps, de nos forces réelles et de tant de drames familiaux, se trouve souvent vis-à-vis de nous dans la posture d'un juge et d'un arbitre. A de certaines heures, ce n'est plus seulement avec sa science qu'il agit, mais avec sa conscience ; et il est alors, par la force des choses, mieux que par un décret, investi d'un pouvoir parfois discrétionnaire.

Cette situation explique pourquoi la profession médicale a des ennemis. Toute puissance en a. Il est certain que si les médecins n'avaient pas une notion très délicate de leurs responsabilités, ils mériteraient toutes les attaques. Mais il faut ajouter que cette méconnaissance est très rare chez eux, tout à fait exceptionnelle. L'éducation morale et philosophique du médecin est très développée : elle ne saurait l'être trop. Le médecin devrait connaître l'homme social aussi bien que l'homme physiologique, la sensibilité aussi bien que la douleur. Il n'y a pas de profession qui exige, pour être exercée noblement, plus d'idées générales à côté de sa technique. C'est un genre d'éducation que l'on ne peut naturellement pas donner à l'Ecole et qui dépend de l'initiative personnelle et de la conscience.

C'est le caricaturiste Abel Faivre qui se défend en ces termes :

« Si vous m'aviez interrogé sur les vertus médicales et sur le bien que je pense du médecin en général, je vous aurais dit bien haut mon admiration pour lui. »

C'est M. Octave Mirbeau qui écrit :

Je réponds bien volontiers à la question que vous me posez. Non, je n'ai, je vous assure, aucune inimitié contre les médecins. Si j'ai, parfois, lancé quelques boutades contre eux, c'est que la profession de médecin relève, comme les autres professions, de la critique et de la satire. Plus que les autres peut-être, car plus une profession est élevée, plus la satire doit se montrer impitoyable contre ceux qui en méconnaissent le rôle social et les grands devoirs d'humanité.

J'ai au contraire, pour les médecins, — je parle des médecins instruits, laborieux, scrupuleux, — une sympathie très vive, quand ce n'est pas une très vive admiration, etc.

Seul, le terrible Henri Maret entend rester « sauvage » à l'égard de la médecine. Lisez plutôt :

Vous vous trompez en croyant que je nourris une haine pour le corps médical. J'ai des amis médecins et que j'aime beaucoup. Seulement je crois avec Molière, que la science médicale est une des grandes erreurs de cette pauvre humanité.

J'ai été malade toute ma vie, et jamais, au grand jamais, aucune drogue ni aucune consultation ne m'ont procuré le moindre soulagement.

Plus j'observe et plus je remarque que la plupart des médecins exercent un métier tout comme un autre, et que la plupart ne cherchent qu'à exploiter la crédulité humaine au profit de leurs intérêts.

Je ne vois pas que la médecine, autrement dit la thérapeutique, la guérison des malades, seule chose intéressante, ait fait le moindre progrès depuis Hippocrate et Galien. On meurt tout autant et l'on souffre peut-être davantage.

Les victimes de remèdes de bonnes femmes sont moins nombreuses que celles du charlatanisme médical.

J'attends qu'on me prouve le contraire ; si vous y arrivez, je vous en serai profondément reconnaissant.

***

On pourrait gloser encore longtemps à propos de l'originale thèse de M. Pasquier. Ce n'est que plus tard qu'on pourra discuter avec lui quant aux « moyens de tenter le relèvement de la profession médicale ». Attendons qu'il ait un peu « vécu » sa profession. Certaines de ses idées actuelles mûriront en cours de route, sous le soleil lumineux de l'expérience. Peut-être alors songera-t-il qu'un *Ordre des médecins*, par exemple, pourrait bien n'être qu'un bloc enfariné ne disant rien qui vaille. Il aura eu le temps de méditer longuement sur la fable : « *Les grenouilles qui demandent un roi* ». Je crois bien que cette fable débute ainsi :

Les grenouilles se lassant
De l'état démocratique,
Par leurs clameurs firent tant
Que Jupin les soumit au pouvoir monarchique.

CORNET.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine ;

Par Cyrille JEANNIN,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Accoucheur des hôpitaux.

La grossesse extra-utérine est chose fréquente ; la rupture de la poche tubaire pendant les premiers mois en est la terminaison habituelle. L'inondation péritonéale qui peut en être la conséquence constitue donc un accident que tout praticien rencontrera forcément, et plusieurs fois, au cours de sa carrière. Or, le salut de la malade dépendant uniquement de la rapidité de l'intervention, il importe que chacun sache très exactement et très précisément la conduite à tenir en pareil cas : transporter la femme dans un hôpital plus ou moins lointain, appeler un chirurgien qui demandera plusieurs heures pour venir, sont souvent alors des impossibilités. Comment donc l'opération, *inéluctable, à faire sur place et à la minute même*, opération d'*urgence* s'il en fût, pourra-t-elle être menée à bien ? C'est cet acte chirurgical, *minimum*, autant qu'essentiel, que nous allons décrire ici.

Le cas clinique se présente ainsi : une femme se croit enceinte de 2 à 3 mois ; sa grossesse a présenté des symptômes anormaux : elle s'est accompagnée de *douleurs*, revenant par crises et siégeant dans le bas-ventre, et de *pertes sanguines*, peu abondantes et irrégulières. Puis, brusquement, souvent sans cause appréciable, la femme est prise d'une brusque douleur dans l'abdomen, douleur dont l'intensité peut être telle qu'une syncope en est la conséquence ; en même temps et très rapidement, apparaissent tous les signes d'une hémorragie interne : pâleur de la peau, décoloration des muqueuses, refroidissement des extrémités, rapidité et petitesse du pouls. Le ventre, très sensible, se ballonne ; au niveau de l'hypogastre, il y a de la défense musculaire rendant impossible tout palper. Le toucher peut montrer de l'empâtement douloureux au niveau d'un des culs-de-sac latéraux ou du cul-de-sac postérieur. Sitôt ce tableau constaté, l'intervention doit être décidée et les préparatifs commencés aussitôt.

I. PRÉPARATIFS. — Il faut :

a *Remonter la malade.* Les *injections sous-cutanées de sérum artificiel* (eau bouillie avec 7 gr. de sel marin par litre) constituent le plus précieux des moyens. Immédiatement, avant toute autre chose, on s'en occupe, faisant cette injection dans les deux cuisses à la fois, de façon à injecter rapidement 1.000 à 1.200 gr. Les piqûres d'*éther*, d'*huile camphrée*, de *caféine*, constituent d'utiles adjuvants. En même temps, il faut *réchauffer la malade*, en entourant les jambes et les cuisses de coton cardé maintenu en place par des bandes quelconques, et en recouvrant le tronc de linges chauds.

b) *Préparer le matériel instrumental.* — N'importe quelle pièce claire et propre pourra servir de salle d'opération ; vite, on débarrasse donc cette chambre de tout objet inutile, et on y met, en pleine lumière, une table de bois blanc, longue et étroite, recouverte d'une toile cirée. Si l'on peut faire apporter un plan incliné, ce sera utile à coup sûr, mais non nécessaire.

Comme instruments, le mininum suffit ; il nous faut, en effet : 1 *bistouri*, 1 *paire de ciseaux droits*, *une douzaine de pinces de Kocher*, 1 *pince à griffes*, 1 *aiguille courte de Reverdin.* Si l'on dispose d'une trousse plus complète, on ajoutera quelques pinces clamps et une valve abdominale.

Les matériaux de pansement consistent en : compresses de tarlatane stérilisée, en abondance, champs stérilisés, deux drains de caoutchouc.

Comme matériaux de suture, quelques tubes de *catgut*, nos 1 et 2, et une *douzaine de crins de Florence*.

c *Préparation de la malade.* — La paroi abdominale est désinfectée par le procédé le plus rapide et le moins traumatisant, que voici : 1° *frottage à l'éther* de toute la peau depuis le pubis, qu'il faut raser, jusqu'à 2 ou 3 cent. au-dessus de l'ombilic ; 2° frottage à l'alcool à 90° ; puis 3°, application, à l'aide d'un bouchon de tarlatane monté sur une pince de Kocher, d'une large couche de teinture d'iode en toute cette région. Au bout de 2 à 3 minutes, on enlève à l'alcool l'excès de teinture d'iode.

L'opérateur et son aide procèdent à la désinfection des mains, comme avant toute autre opération ; il sera de la plus grande utilité, pour pouvoir réduire le temps de cette désinfection, d'avoir à sa disposition des gants de caoutchouc stérilisés.

II. INTERVENTION. — La malade est endormie, de préférence à *l'éther*. Tout le corps est recouvert de champs stérilisés qui laissent à nu la seule région sous-ombilicale médiane. Si l'on dispose d'un plan incliné on inverse la malade.

L'opérateur se place à gauche de la malade, ayant à sa portée le plateau d'instruments ; en face, l'aide a sous la main les cuvettes flambées qui contiennent les compresses de tarlatane et les fils.

Pratiquez *une incision abdominale médiane* s'étendant du pubis à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; que le bistouri sectionne rapidement la peau et le pannicule adipeux, la couche aponévrotique ; qu'il attaque, à petits coups, la seconde couche graisseuse, sous laquelle la pince à griffes va saisir le péritoine qui apparaît noirâtre, et le présenter au bistouri ou aux ciseaux qui vont y créer une petite brèche. Immédiatement un flot de sang s'en échappe. Placez de suite une pince de Kocher sur chaque lèvre péritonéale, et agrandissez au ciseau cette incision séreuse de façon à lui donner la même étendue qu'à l'incision des téguments. *Il faut voir clair et manœuvrer à l'aise* : ce n'est pas 2 ou 3 centim. de plus qui augmentent le shock opératoire.

Le ventre est ouvert : *immédiatement, et sans perdre un temps précieux à éponger le sang, plongez la main droite dans le petit bassin pour y saisir l'utérus toujours reconnaissable à sa*

forme et à sa consistance et attirez-le dans la brèche abdominale, vous amenez ainsi, sous vos yeux, la poche tubaire rompue ; de suite, *jetez 2 pinces de Kocher* (ou 2 clamps), l'un du côté externe de cette poche, au niveau de son pédicule ovarien, l'autre, du côté utérin, entre elle et la corne utérine correspondante : l'*hémorragie est désormais arrêtée*, et vous allez pouvoir continuer l'intervention avec moins de précipitation.

A l'aide d'une large compresse, étanchez rapidement le sang dans lequel tout plonge : débarrassez-vous, à pleines mains, des caillots qui encombrent le champ opératoire, et procédez de suite à la *ligature des pédicules vasculaires* que vous venez de pincer et à l'ablation de la poche tubaire. Pour ce faire, assurez-vous que les pinces ont bien saisi toute l'épaisseur de ces pédicules, puis, avec l'aiguille de Reverdin, passez un fort catgut, mis en double, sur le pédicule utérin, fixez-le en 8 de chiffre, et sectionnez ce pédicule entre le nœud qui va rester attenant à l'utérus et le clamp qui demeure sur la poche tubaire ; recommencez de la même façon au niveau du pédicule externe. La poche tubaire étant enlevée, nous épongeons à nouveau ; nous nous assurons que les vaisseaux sont bien liés ; en cas de doute un fil de sûreté serait encore jeté sur eux ; puis la tranche de section de la trompe est touchée légèrement au thermocautère. Ceci fait, il est bon de fermer, par un rapide surjet au catgut, l'aileron tubaire du ligament large qui vient d'être ouvert par l'ablation de la poche tubaire. Ce temps ne saurait être fait avec trop de soin : il faut, absolument, empêcher la persistance du plus minime suintement sanguin.

Il faut alors, mais alors seulement, vider le péritoine du sang qui l'encombre. Si la malade était en position de Trendelenburg, on jette sur le petit bassin une grosse compresse faisant bouchon, et on remet la femme en situation horizontale ; de cette façon, le sang qui s'était accumulé vers le diaphragme s'écoule vers la plaie, mais ne peut pas s'amasser dans le cul-de sac de Douglas. Par des pressions exercées de chaque côté et à l'extérieur, au niveau des flancs, on donne issue à la plus grande partie de ce sang ; puis, on complète cette toilette péritonéale en absorbant, à l'aide de compresses de tarlatane, le liquide qui n'est pas sorti spontanément. Plus cette détersion est complète, mieux cela vaut ; on n'abrégerait donc ce temps opératoire que dans le cas où l'état de la malade paraît particulièrement précaire.

Ceci fait, *il n'y a plus qu'à fermer l abdomen* en 2 plans ; un plan de catgut, par points séparés, comprenant le péritoine et la couche musculo-aponévrotique, un plan de crins de Florence sur les téguments. Faut il drainer ? Cela est inutile si l'on a conscience d'avoir bien vidé l'abdomen ; dans le cas contraire, ou encore si l'on n'est pas rigoureusement sûr de son asepsie, il est prudent de placer un ou deux drains, plongeant dans le Douglas et ressortant par l'angle inférieur de la plaie.

Le *pansement* consiste toujours en plusieurs couches de compresses de tarlatane, puis d'ouate hydrophile, le tout maintenu par un large bandage de flanelle bien serré.

III. Soins consécutifs. — L'opérée est portée dans son lit, couchée bien à plat et réchauffée à l'aide de boules d'eau chaude et de linges chauds. Dans les heures qui suivent, il peut être bon de faire à nouveau une injection de sérum de 500 gr.

Si l'on n'a pas drainé, le pansement est laissé en place jusqu'au moment où l'on doit enlever les fils ; dans le cas contraire, on le change matin et soir, et à chaque fois, on fait de l'aspiration, au travers des drains, à l'aide d'une sonde de Nélaton montée sur une seringue de Roux, ce qui permet de retirer pas mal de sérosité sanguinolente.

Au bout de 48 heures les drains sont retirés. Il n'est pas rare d'observer, le lendemain de l'intervention, des tranchées utérines et un léger écoulement vaginal traduisant l'élimination de la déciduale ; quelques piqûres de morphine calmeront les douleurs.

Les *soins généraux* : diète, puis reprise graduelle de l'alimentation, évacuation intestinale, évacuation de la vessie, étant ici exactement les mêmes qu'après toute autre laparotomie, nous n'avons pas à les décrire.

Telle est cette intervention : elle est *simple*, elle est facile, et le succès qu'on est en droit d'en attendre tient essentiellement à *la rapidité* avec laquelle on aura opéré.

CHIRURGIE PRATIQUE

De l'appendicite chronique ;

Par le Dr Anselme SCHWARTZ, chirurgien des hôpitaux.

L'*appendicite aiguë* est actuellement connue de tous les médecins. Le praticien, instruit par l'expérience, se tient sur ses gardes, et dès qu'une affection abdominale se présente à lui, il pense à l'appendice. Je dirais volontiers qu'il y pense trop souvent, et il y a à peine deux mois j'ai été appelé pour opérer d'urgence un enfant qui n'avait qu'une colique néphrétique.

Par contre, l'*appendicite chronique d'emblée*, celle qui n'a jamais donné de crises franches, est volontiers méconnue.

On veut bien l'accepter encore, cette *appendicite chronique*, quand il s'agit de la *forme douloureuse*, surtout si la douleur existe toujours dans la fosse iliaque droite.

Mais combien de praticiens se refusent à ce diagnostic ou bien n'y pensent même pas, lorsqu'il existe, pour tous symptômes, des troubles digestifs plus ou moins marqués.

En juillet 1908, un jeune homme d'une vingtaine d'années vient me consulter pour les troubles suivants : depuis environ un an, il est pris, tous les deux ou trois mois, d'une crise de vomissements qui dure environ 36 heures. Le malade ne souffre en aucun point de l'abdomen. La crise terminée, il mange et boit comme tout le monde, et toute sa maladie se résume en ces vomissements. Il a cependant une mine un peu fatiguée ; il est très maigre.

L'examen de l'abdomen me montre un *gros intestin distendu* et *épaissi, surtout dans les deux fosses iliaques. Il n'y a nulle part de sensibilité spéciale*. Malgré cela, je porte le diagnostic *probable* d'appendicite chronique avec entérocolite et je demande au jeune homme de m'appeler à la prochaine crise.

Le malade passe ses vacances à la mer où il a, en août, une nouvelle crise ; le médecin traitant déclare « qu'il ne sait pas ce que c'est, mais que c'est tout ce qu'on voudra, sauf de l'appendicite ».

En septembre, à Paris, je suis appelé d'urgence et je constate cette fois une *appendicite aiguë* des plus caractérisées. Je fais l'ablation de l'appendice en octobre et je trouve un petit abcès intra-appendiculaire. Depuis — il y a de cela plus d'un an — le jeune homme se porte admirablement.

Voici une autre modalité de l'appendicite chronique à forme digestive.

Un garçon de 12 ans vient avec sa mère, qui se plaint que son enfant ne mange pas. Il n'a absolument pas d'appétit et en certains jours il ne prend d'autre nourriture qu'un ou deux petits pains d'un sou. La mère me déclare que l'enfant, d'une façon générale, mange pour deux ou trois sous par jour. Ce régime dure depuis des années.

Mon interrogatoire m'apprend que, dans sa toute première enfance, à 3 ou 4 ans il aurait eu quatre ou cinq indigestions, ayant duré chacune 1 ou 2 jours et caractérisées par des vomissements.

Or, en examinant l'abdomen de cet enfant, qui en

somme ne se plaignait de rien et chez lequel la mère n'avait constaté que cette inappétence tout à fait remarquable, je trouvais *une sensibilité des plus nettes dans les deux fosses iliaques, surtout à droite*. On n'avait jamais rien remarqué dans les matières.

Je fais le diagnostic d'appendicite chronique et ce diagnostic est confirmé par un médecin et par un chirurgien dont la compétence, en cette matière, est indiscutable.

J'enlève l'appendice qui est très long, de calibre irrégulier.

Huit jours après l'intervention, cet enfant que depuis des années on ne pouvait faire manger, réclame de la nourriture et depuis ce temps (il y a un peu plus d'un mois) il est affamé du matin au soir; sa mère ne parvient pas à le rassasier. Il mange toute la journée, à tel point que récemment, n'étant pas suffisamment surveillé à un dîner de famille, il a tellement mangé qu'il a eu une indigestion.

Voilà donc une forme plus curieuse encore que la précédente, puisqu'elle n'a eu, comme seule manifestation clinique que l'absence de la faim.

Il faut donc penser à l'appendicite chronique et savoir la reconnaître avant qu'un épisode aigu vienne indiquer le diagnostic et donner à l'affection une gravité parfois considérable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier 1910.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde (Suite de la discussion). — M. H. *Vincent* demeure partisan de la défense sanitaire contre les porteurs de germes et de l'organisation de laboratoires de recherches épidémiologiques. A Paris, à Vienne, etc., partout où l'on a distribué de l'eau pure, on a abaissé considérablement le taux de la mortalité par fièvre typhoïde, mais on ne l'a pas fait disparaître. C'est qu'en effet d'autres causes interviennent aussi, dont l'hygiène doit se préoccuper : infections alimentaires, lait, glace, légumes, huîtres, apport de germes par les mouches, contagion directe par les malades et par les porteurs de bacilles. Tous ces facteurs étiologiques doivent, par conséquent, être visés par une prophylaxie rationnelle.

La contagion par les porteurs de germes se fait surtout par l'intermédiaire de *mains sales* ; la typhoïde est par excellence la maladie des mains sales, alors que la contagion par l'extériorisation directe des bacilles typhiques est, dans les villes, exceptionnelle. Mais la contagion directe par les porteurs de germes retrouve sa valeur dans les campagnes, où les épidémies de village peuvent tout à coup s'étendre au loin par l'intermédiaire des eaux de boisson. L'auteur recommande de dépister les bacillifères, de les initier aux dangers qu'ils constituent et de leur indiquer les mesures hygiéniques auxquelles ils doivent se soumettre. Il faut pour cela attacher un laboratoire à chaque Conseil départemental d'hygiène.

L'ostéotomie dans le traitement de la maladie de Little. — M. *Pierre Delbet* présente une jeune fille sur laquelle il a pratiqué, il y a 8 ans, à l'âge de 14 ans, la section des adducteurs des tendons d'Achille des deux côtés. Il y a 10 mois, il a fait une ostéotomie sous-trochantérienne des deux fémurs, perpendiculairement à leur axe. Toutes interventions tendant à remédier à une attitude vicieuse due à la maladie de Little. La malade marche actuellement avec facilité et correction.

Etudiant la question au point de vue pathogénique, M. Delbet pense qu'à côté de la dystocie, il convient de réserver une place importante à la syphilis congénitale dans l'étiologie de la maladie de Little. Chez la malade présentée, et dans deux autres cas, la réaction de Wassermann se montra en effet positive.

L'hépatome. — MM. *Rénon, Géraudel* et *Monier-Vinard* décrivent sous ce nom une tumeur primitive du foie dénommée successivement jusqu'ici hépato-adénome, adénome, adéno-carcinome, cancer avec cirrhose. Sur un foie antérieurement cirrhotique se développent un nombre considérable de nodosités blanc grisâtre qui tendent à envahir le système veineux du foie sans donner de métastases. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 janvier 1910.

Hématocèle rétro-utérine. — M. *Bazy*. — Le rapport fait à la dernière séance sur l'observation de M. Silhol m'a rappelé une autre observation assez analogue. Une malade fut prise brusquement de signes d'hémorragie interne qui commandèrent une laparotomie immédiate. La grossesse était toute récente.

Le ventre était plein de sang et cependant les deux trompes paraissaient normales, sauf que la droite était un peu œdématiée. Je fis une hystérectomie totale. L'examen histologique montra le point où s'était faite la rupture artérielle, très minime d'ailleurs. Louis Bazy a, lui aussi, publié une observation d'hématocèle sans lésion apparente de la trompe.

Arthrite suppurée de la hanche consécutive à une plaie par balle. — M. *Mauclaire* fait un rapport sur une observation communiquée par M. Jacob (de l'armée). Un homme reçoit une balle dans le triangle de Scarpa. Il présente des signes de paralysie du sciatique puis quelques jours après se développent les symptômes d'une arthrite supurée de la hanche. Par une incision postérieure le sciatique fut mis à nu, et on enleva des esquilles qui le blessaient ; puis par une incision antérieure on draina l'articulation. La fièvre ayant bientôt reparu on fit la résection de la hanche qu'on immobilisa ensuite en un plâtre fenêtré. Le blessé guérit. M. Mauclaire a observé un cas analogue chez un jeune homme qui avait reçu une balle dans le col fémoral et qui deux mois après présenta une arthrite suppurée. Une incision faite sur le trajet de la balle permit de l'extraire et d'enlever des débris de vêtements entraînés par elle.

Ostéomes du brachial antérieur. — M. *Mauclaire*, en un second rapport, analyse 4 observations recueillies par M. Van der Boock et concernant de jeunes soldats qui à la visite de luxations du coude présentaient des ostéomes du brachial antérieur.

Dans le premier cas il s'agissait d'une luxation en arrière qui fut réduite aussitôt. Bientôt apparut un ostéome qui d'ailleurs disparut bientôt.

Dans le second, après une luxation récidivante du coude avec hématome se développa en quinze jours un ostéome.

On mit le membre dans un plâtre. Un mois après, l'état du malade était meilleur, mais les mouvements du coude sont restés gênés, l'opération ayant été refusée.

La troisième observation concerne un jeune homme de 21 ans, qui dix ans auparavant avait eu une luxation du coude qui ne fut pas réduite. Il présentait un ostéome qui diminua beaucoup sans opération.

Enfin, le quatrième ostéome, consécutif à une luxation traumatique, fut extirpé, mais récidiva six mois après. L'immobilisation, des massages légers, ne purent le faire disparaître.

Ces ostéomes semblent dus à une ossification de l'hématome.

Au point de vue thérapeutique, il ne faut pas trop se presser de les extirper, car cette opération donne souvent de mauvais résultats.

Transformation et dégénérescence des papillomes vésicaux. — M. *Legueu* fait un rapport sur une observation de M. Tanton (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un malade qui vient de mourir dans son service avec des tumeurs multiples de la vessie et une tumeur secondaire de la fosse iliaque externe. En 1893, il avait été opéré pour papillome. Douze ans après, il récidivait et fut opéré 4 fois.

La dernière fois on trouva la vessie pleine de papillomes, on fit un curettage et une cautérisation. A la suite se développa dans l'os iliaque droit une tumeur qui entraîna la mort : épithélio-sar-

come avec cellules musculaires lisses, métastase de la tumeur vésicale.

Ces récidives sont communes. Elles restent souvent bénignes, bien qu'elles se multiplient, et M. Legueu cite des malades opérés trois fois et qui, après 15 ans restent bien guéris. Ces récidives n'indiquent donc pas toujours la malignité de ces tumeurs ; elles n'ont aucun rapport avec l'opération et souvent on peut retrouver sur la muqueuse vésicale au-delà de la tumeur, les premiers stades histologiques de papillomes qui ne se produiront que plus tard.

Les transformations de ces papillomes en cancers sont contestées par quelques histologistes, L'observation actuelle en est un exemple. Sur d'autres pièces, on a pu retrouver dans une même tumeur tous les stades de cette transformation. Aussi doit-on considérer la bénignité de ces tumeurs comme très relative et s'efforcer de les enlever tôt et largement.

Présentation de malades. — M. *Morestin* présente une femme qui portait une large cicatrice de brûlure du bras et du cou et chez laquelle une autoplastie a donné un très bon résultat

M. *Delbet* présente un fibrome du maxillaire supérieur extirpé par la bouche et dont la structure est identique à celle d'un polype naso-pharyngien. Ch. Le Braz.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Pathologie exotique, clinique et thérapeutique, publié en 8 fascicules, sous la direction de Ch. Grall, inspecteur général du service de Santé des troupes coloniales, et A. Clarac, directeur de l'école du service de santé des troupes coloniales.

Le 1er fascicule : ***Paludisme*** ; par Ch. Grall et E. Marchoux, médecin principal des troupes coloniales, *vient de paraître.* 1 vol. gr. in-8 de 566 pages, avec 140 figures. Broché : 12 fr. Cart. : 13 fr 50 (J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris).

Dans les pays exotiques la vie des individus et des groupes est une lutte incessante contre la maladie. La médecine prend par suite dans la vie sociale de ces régions une importance prédominante.

Or les livres les plus complets, les monographies les plus récentes, n'ont pas fait à la pratique journalière de la pathologie exotique la part prépondérante qui lui revient dans la réalité.

Le *Traité de pathologie exotique* se propose de remédier à cette lacune ; les collaborateurs de cette œuvre se sont efforcés de joindre à la description de l'entité morbide l'étude des indications distinctes qui ressortent des conditions de race, d âge et de pays.

L'ordre adopté dans la description clinique des maladies étudiées dans ce traité est le suivant :

Maladies générales. — Dans cette catégorie se classent les groupes les plus intéressants en pratique coloniale, ceux qui impriment à la pathologie de ces régions leurs caractéristiques : elle comprennent l'ensemble des *fièvres des pays chauds*, endémies endémo-épidémies ou épidémies pestilentielles. En tête, prend naturellement place le *Paludisme.* C'est l'objet du 1er fascicule qui vient de paraître et qui ne comprend pas moins de 566 pages illustrées de 140 figures.

Ce volume est divisé en trois parties :

I.— Etiologie et prophylaxie spécifique, due au Dr Marchoux ; II. — Etude clinique, par le Dr Grall ; et III.— Traitement, par le Dr Grall également.

Qu'il nous soit permis de signaler ici un extrait des conclusions du rapport de M. Billet qui sont basées sur l'expérimentation du formiate de quinine et présentent le plus haut intérêt (1) :

Dans sept cas traités, il s'agissait de rechute du paludisme ; dans l'un d'eux, le parasite présentait la forme tropicale, mais dans tous les cas il s'agissait de parasitisme strictement endogène, le dernier apport étant très éloigné.

I. — Le sang, immédiatement avant l'administration du formiate de quinine, présente de nombreux parasites, tous intacts. Douze heures après l'administration de 50 centigr. de formiate de quinine, le sang ne montre plus que de rares hématozoaires intacts. Le lendemain, le malade présente un léger mouvement fébrile, quelques gros parasites existent encore. Le sang examiné les jours suivants ne présente plus dès lors d'hématozoaires. La désinfection du sang par cette seule dose de 50 cent. persistait encore le jour de la sortie du malade, soit 15 jours après le dernier accès.

II. — On administre 50 centigr. de formiate de quinine à la fin de l'accès. Disparition rapide des hématozoaires. On ne donne plus d'autre dose de quinine afin d'étudier la limite du pouvoir préventif de cette dose de 50 centigr. Vingt jours après, légère rechute. Une heure après l'administration on note une altération déjà manifeste des parasites : les jeunes schyzontes de la première génération sont presque tous désagrégés, les schyzontes amiboïdes de la deuxième génération sont bien moins altérés, mais le noyau vacuolaire n'existe plus, les gamètes sont intacts. Le lendemain on ne trouve plus de schyzontes, mais de très rares gamètes qui finissent par disparaître. L'apyrexie se maintient, le malade se rétablit et sort quatre jours plus tard, la désinfection du sang persistait encore à cette date.

III. — Nombreux hématozoaires de la tierce : 0 gr. 30 de formiate de quinine en injection a suffi pour détruire deux générations. La destruction des parasites s'effectue plus rapidement à fin d'accès.

Il est fait état, dans les livres classiques, de la teneur de chacun de ces sels en quinine et on a conclu que 0 gr. 90 de chlorhydrate neutre et 1 gr. 2 de chlorhydrate acide équivalent à 1 gr. de sulfate. Le formiate à une teneur encore plus élevée en quinine que le chlorhydrate, 87,6 au lieu de 81,7 p. 100.

D'après Billet, son action parasitaire serait plus rapide ; elle serait active dans la première heure, alors qu'elle ne commencerait avec le chlorhydrate neutre, que 2 à 5 heures après l'administration. (1) Viennent ensuite les modes d'adminisiration, les doses, etc.

Par la compétence de ses collaborateurs, ce volume représente certainement l'ouvrage le plus complet et le plus documenté qui ait été publié sur le Paludisme.

Le 2e *fascicule* comprendra les fièvres et déterminations morbides parapalustres et climatiques et d'origine mal déterminée ; les fièvres et déterminations morbides dues aux protozoaires, et la dengue.

Les maladies pestilentielles : fièvre jaune, peste et choléra, forment la matière du 3e *fascicule.*

Maladies des organes. — Elle comprennent deux grandes classes : 1° L'endémie « diarrhéique et dysentérique avec les lésions hépatiques qui s'y rattachent » c'est l'objet du 4e *fascicule.*

2° Les maladies dues au parasitisme des divers organes splanchniques et les divers appareils. Elles forment le 5e *fascicule.*

Les *Maladies de la peau* seront étudiées dans le 6e *fascicule.*

Les *Intoxications et empoisonnements* acquièrent, sous les latitudes chaudes, une importance et une détermination qu'on ne trouve pas dans la pathologie de nos pays chauds. Ce groupe constitue le 7e *fascicule*. Les *Maladies chirurgicales* sont envisagées dans un *huitième et dernier fascicule.*

Les médicaments (action pharmacodynamique, formules, emplois); par le Dr A.-F. Plicque. 1 vol. in 18 jésus, cartonné toile de 400 p. avec une préface de M. le Pr Pouchet. (Bibliothèque de thérapeutique générale et de pharmacologie). O. Doin et fils, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris. Prix : 5 francs.

La thérapeutique est aujourd'hui si complexe et si riche en produits anciens ou nouveaux qu'un précis d'ensemble, résumant pour chaque médicament ses indications. ses contre-indications, ses effets physiologiques, les signes d'intolérance, les modes d'administration et les doses, doit rendre aux praticiens des services journaliers et qu'il constitue également pour les biologistes un répertoire des plus utiles. La classification choisie et fondée à la fois : 1° sur le principal effet pharmacodynamique ; 2° sur le principal accident morbide (insomnie, fièvre, anémie, anorexie, infections, etc.) combattu par le médicament, rend le livre particulièrement commode à consulter au point de

(1) Billet. — Essais concernant le formiate de quinine. Mémoire inédit.

(1) Le formiate basique de quinine est connu dans le commerce sous le nom de *Quinoforme* (autorisé par décision ministérielle du 24 septembre 1907).

vue de la science ou de la thérapeutique. Mis en parfaite concordance avec le nouveau Codex en 1908 et inspiré par une critique très prudente en ce qui concerne les doses toxiques et les médicaments nouveaux encore peu connus, ce livre, malgré sa concision, renferme de très nombreux documents d'une réelle valeur pratique et d'une véritable actualité.

Formulaire thérapeutique ; par G. Lyon et P. Loiseau, avec la collaboration de L. Delherm et Paul-Emile Lévy. Septième édition conforme au Codex de 1908, 1 vol. in 18, de 784 pages, relié maroquin souple. (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 7 fr.

Le grand succès qui a accueilli le *Traité de Clinique thérapeutique* de l'un des auteurs se retrouve pour ce petit volume élégant et portatif, véritable livre de poche du praticien. Celui-ci n'y trouvera pas seulement mentionnés les remèdes nouveaux avec les indications qu'ils comportent ; ces renseignements figurent dans la première partie du livre, où tous les remèdes qui ont cours sont mentionnés dans un article substantiel et clair La seconde partie du volume ajoute à l'intérêt. Le praticien y trouvera des aperçus rapides sur les divers moyens hygiéniques et physiques : l'opothérapie, la sérothérapie, les régimes alimentaires, l'antisepsie et l'asepsie, la désinfection, l'électrothérapie, la photothérapie, la psychothérapie, la climatothérapie, la massothérapie, etc. ; les stations minérales ; enfin des documents d'analyse biologique de l'urine, du lait, du sang et du suc gastrique.

Cette *septième édition*, qui présente de très importantes médications nécessitées par la publication récente de la nouvelle pharmacopée légale, se trouve conforme au Codex 1908. Ces modifications ont occasionné le remaniement de nombreuses formules. Quelques médicaments nouveaux y ont été introduits. Ont été ajoutées : au chapitre opothérapie, l'opothérapie mammaire ; au chapitre sérothérapie, la sérothérapie antiméningococcique. Toutes les parties de l'ouvrage ont été l'objet de la revision la plus attentive.

Enfin un *Memento thérapeutique* très succinct, donnant l'indication des médicaments et médications pour chaque maladie en particulier, permettra au médecin de se reporter rapidement au formulaire, par leur application.

La thérapeutique en vingt médicaments ; par MM. H. Huchard et Ch. Fiessinger, in-8°. Maloine, éditeur, Paris. Prix : 4 fr.

Comme Janus, la thérapeutique offre une tête à double visage. Les traits en sont réels d'un côté et fantaisistes de l'autre. Nombre de médicaments valent surtout par la confiance qu'ils inspirent ; ils ont été radicalement éliminés. D'autres sont entrés dans une voie définitive ; ces derniers seuls ont été conservés et ils suffisent pour la pratique médicale. Le choix a été sévère entre les acquisitions sûres et les espoirs injustifiés.

Avec vingt médicaments dont l'action physiologique et la posologie sont bien connues, le praticien, auquel ce livre est particulièrement destiné, pourra satisfaire entièrement aux exigences de la thérapeutique.

Ce volume est suivi d'une table alphabétique de toutes les maladies dont le traitement est indiqué, ce qui permet de se servir de ce livre comme d'un formulaire.

Maladies des voies urinaires à l'usage du médecin praticien. Deuxième édition du *Guide clinique*, par Pillet, ancien interne à l'hôpital Necker. In-8°, 1910, 145 figures, 19 planches hors texte. Maloine, éditeur, Paris. Prix : 10 fr.

Ainsi que son titre l'indique, l'ouvrage de M. le docteur Pillet n'est pas destiné aux spécialistes, mais aux praticiens. Sous une forme concise, claire et appropriée, ils auront à leur disposition l'interrogation, l'exploration et les indications nécessaires au traitement direct.

Leucopathies, métastases, albuminuries et ictères leucopathiques ; par E. Feuillié, 1 vol. in-8 de 196 pages. Steinheil, éd., Paris, 1909.)

Dans cet ouvrage se trouvent exposées les principales recherches de l'auteur, en collaboration ou non avec son maître M. Achard. Les leucopathies peuvent modifier les leucocytes dans leur sécrétion, dans leur motilité (leucoses et leucéxoses), dans leur forme et leur constitution physique, dans leur constitution chimique. Pour dépister la leucopathie, il existe plusieurs moyens : la mesure de la résistance leucocytaire ; la mesure de l'activité leucocytaire, d'après le procédé d'Achard, etc. L'existence de cette leucopathie explique la présence de certaines albuminuries, indépendantes de toute lésion rénale et même de certains ictères. Mais il est impossible en une brève analyse de donner un résumé circonstancié des multiples expériences rapportées. Disons que le travail est consciencieux et digne d'être lu en entier. X.

Traitement de la tuberculose pulmonaire ; Par Gaussel (Coulet, édit. Montpellier, 1909.)

Sujet mille fois traité, dira-t-on ; c'est vrai, mais sujet toujours d'actualité, la tuberculose continuant ses ravages, les multipliant même, en dépit des mesures sociales et des règlements d'hygiène. L'œuvre de M. Gaussel est donc de circonstance, et fort bien conçue. Non seulement on y trouvera tous les renseignements nécessaires pour traiter un tuberculeux avec tout le soin nécessaire, mais encore on y pourra puiser des indications utiles en ce qui concerne les sanatoriums et les œuvres sociales anti-tuberculeuses. Enfin, et ce n'en est pas le moindre attrait, le livre est présenté au public par une préface toujours prestigieuse du professeur Grasset. F. R.

Essais de médecine préventive ; par P. Londe, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de la *Collection médicale*, cart. à l'anglaise, 4 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

L'auteur s'est proposé de montrer que la *plupart des maladies* (non spécifiques) *ont une origine commune : le tube digestif*, ce laboratoire de poisons, suivant l'expression de M. Bouchard. Il montre que le régime est presque toujours la partie essentielle du traitement, quelle que soit la localisation morbide, et qu'une diététique préventive, instituée à temps, permet d'éviter la maladie. Le médecin et le malade sont avertis de l'*imminence morbide* soit par des troubles digestifs apparents, soit par le ralentissement nerveux des troubles digestifs latents. Aussi l'étude de l'imminence morbide est elle particulièrement instructive chez l'*asthénique constitutionnel*, dont les réactions nerveuses sont plus appréciables que celles du sujet robuste.

M. P. Londe s'est préoccupé du *diagnostic précoce* des altérations de la santé et d'une *thérapeutique réellement efficace*, trop souvent délaissée pour une médication accessoire qui ne fait que reculer l'échéance morbide. Le but de ce livre, qui est la synthèse d'une série de travaux basés sur des observations personnelles, est d'être utile à tous : malades et médecins. C.

Traité de médecine légale, Handbuch der ærztlichen Sachverstandigen-Tatigkeit ; par le Dr Franz Erben. (1 vol. in-4, de 458 pages, chez Wilhelm Branmüller, éditeur, à Vienne et à Leipzig).

Ce n'est qu'une partie d'un grand ouvrage. C'est exactement la 1re partie du 7e volume du gros Traité de médecine légale publié sous la direction du professeur Paul Dittrich, de l'Université allemande de Prague. Il s'agit de la partie clinique des empoisonnements ; 1re moitié : généralités, poisons inorganiques. Et alors on trouvera tout ce qui concerne l'étiologie, le diagnostic, le pronostic des empoisonnements. Puis, c'est toute la partie spéciale et de beaucoup la plus importante concernant les poisons inorganiques : gaz, acides minéraux, halogène, groupe arsenic, phosphore, métaux lourds, etc. Cet ouvrage est indispensable à ceux qui s'occupent de médecine légale et de toxicologie. C.

Atlas des affections vénériennes de la portion vaginale de l'utérus et du vagin ; par M. Moriz Oppenheim. (Chez Franz Deuticke, Leipzig.)

Ce livre possède dix-neuf planches fort bien exécutées, qui représentent la plupart des affections vénériennes de la portion vaginale de l'utérus et du vagin.

Il est utile aux médecins comme aux gynécologues qui trouveront, dans ces figures fidèlement reproduites et commentées par un texte excellent, les meilleurs éléments du diagnostic de ces maladies. G. M.

La lutte contre la prostitution ; par M. Decante. (Chez Giard, Paris, 1909.)

L'Encyclopédie internationale d'assistance, de prévoyance, d'hygiène sociale et de démographie vient de publier un volume de M. Decante sur la lutte contre la prostitution.

Outre sa haute portée morale, ce livre constitue un travail documentaire et critique des plus précieux. Il est le livre indispensable à tous ceux que préoccupent les divers problèmes sociaux. G. M.

L'inutile labeur, réflexions d'un médecin ; par le docteur Pierre (1 vol in-8, chez Payot et Cie, à Lausanne, 1909.)

Le médecin qui nous livre ses réflexions s'appelle le Dr Goujon. Il exerce à la campagne, dans la Suisse romande, de la façon la plus simple et la plus retirée, mais aussi en misanthrope et en pessimiste.

Ce pauvre Dr Goujon est tous les jours victime des préjugés stupides et de l'ingratitude de ses malades. Est-il appelé dans une maison pauvre ? On se méfie de lui, on lui dissimule les faits, on ment au besoin. Il lui faut entendre avec patience et endurance les demandes multiples, les réflexions, les objections faites par ses malades. Le médecin parti, on s'empresse de lui désobéir ; on ne songe plus aux prescriptions données ; on court chez le rebouteur.

S'il est appelé « au château », il est assailli par l'ignorance prétentieuse de la châtelaine. On outre, en consulte le médecin sur la route, à la messe, partout où on croit pouvoir échapper au paiement.

Evidemment, le Dr Pierre est dans le vrai, et ses réflexions d'un médecin de campagne sont relevées sur le vif. Mais pense-t-il qu'à notre époque, l'existence du médecin qui exerce dans les grandes villes soit plus en rose ?

En tout cas, ce livre est intéressant, au moins par le côté anecdotique, et en peut on recommander vivement la lecture. C.

ANALYSES

La pathogénie de l'albuminurie orthostatique ; par Turretini. (*Revue de Médecine*, septembre 1909.)

Il y a deux variétés d'albuminurie orthostatique : l'une qui est symptomatique d'une lésion parcellaire ou non, l'autre indépendante de toute lésion rénale, c'est l'albuminurie essentielle, telle qu'on l'entend depuis les travaux de Pavy et de Teissier. Elle s'observe surtout chez l'adolescent nerveux, anémique ; et l'examen le plus minutieux de la perméabilité rénale ne révèle aucun trouble de l'excrétion urinaire. Enfin cette albuminurie, caractère essentiel, est parfaitement curable. La pathogénie de cette affection est la stase rénale ; le mécanisme est, par contre, très discuté. Mais l'auteur admet la théorie toute récente de Jehle, qui attribue l'orthostatisme à l'existence d'une lordose, origine de la congestion rénale. Cette opinion valait d'être mentionnée à un moment où la conception de Jehle est fortement controversée. J. R.

La thérapeutique par les courants de haute fréquence ; par Fred Bailey. (*The Lancet*, juillet 1909.)

Les courants de haute fréquence peuvent recevoir une application générale ou une application locale. Par l'application générale, autocondensation, la pression artérielle est abaissée, des maux de tête rebelles sont apaisés. Chez les neurasthéniques à pression artérielle abaissée, on emploie le dispositif suivant : une extrémité du résonnateur est en relation avec l'electrode métallique que le malade tient en main, l'autre extrémité est reliée au sol.

L'application locale est réalisée au moyen d'étincelles qui soulagent les douleurs chez les rhumatisants et les goutteux. Les douleurs réapparaissent souvent avec une augmentation d'intensité après les premières applications avant de disparaître après un traitement prolongé. La sciatique récente disparaît souvent en quelques séances, le torticolis après une seule séance, les étincelles agissent d'une façon très efficace sur les affections inflammatoires chroniques de la peau et les prurits. L'application directe de l'électrode métallique fournit des résultats remarquables pour les fissures à l'anus, les hémorroïdes, le prurit anal.

Les expériences chez l'homme et les animaux ont établi que les courants de haute fréquence provoquaient : 1° l'augmentation des échanges organiques et de l'activité cellulaire 2° la disparition de l'inflammation des tissus ; 3° une action vaso-motrice ou vaso-dilatatrice selon le mode d'application ; 4° une inhibition c'est-à-dire la diminution de l'excitabilité nerveuse et musculaire.

Toutes les affections pour lesquelles ces actions sont recherchées bénéficient de l'emploi des courants de haute fréquence.

Les causes de l'artério-clérose ; par Harwey, du laboratoire de pharm. de Cambridge. (*Ebende* et *Centralb. f. Medz.* n° 41, octobre 1909.)

En comprimant l'aorte à travers la paroi abdominale 3 minutes tous les jours pendant une période variable de 5 à 100 jours, Harwey a provoqué chez des lapins une élévation de la pression artérielle. A partir du 9e jour de cette compression, il put mettre en évidence dans la tunique moyenne des artères des foyers microscopiques de sclerose au début. Les lésions macroscopiques furent le résultat d'une compression plus prolongée. Il trouva des plaques calcaires au-dessus du point comprimé. Les dégénérations débutent dans les éléments musculaires ; le tissu élastique n'y participe que secondairement.

Harwey croit pouvoir conclure de ses expériences que l'artério-sclérose provoquée par l'injection de certains médicaments n'est pas la résultante d'une « toxémie spécifique » ou d'une anémie locale par vaso-constriction des vasa-vasorum, mais uniquement de l'élévation de la pression sanguine.

Appendicostomie et cæcostomie ; par Hermann B. Gessner. (*New-Orléans medical and surgical Journal*, août 1907, p. 96.)

L'auteur expose la méthode employée par les chirurgiens américains pour pratiquer l'appendicostomie chez les malades atteints de diarrhée amibienne rebelle. L'incision est celle que l'on emploie pour l'appendicite. On introduit une bougie dans l'appendice, jusque dans le cæcum, puis on suture l'appendice à la peau, et on ferme le reste de la plaie. Au bout de 48 heures on peut commencer les lavages.

Si l'appendice est trop difficile à découvrir, au malade, on pratique la cæcostomie. L'appendicostomie est préférable sûrement car la fistule est très facile à fermer, et parfois guérit d'elle-même ; de plus le danger d'une hernie ultérieure est moins grand avec l'appendicostomie qu'avec la cæcostomie.

Les résultats opératoires sont très favorables, Futtle rapporte 44 cas de diarrhée chronique ayant résisté aux traitements ordinaires, sur lesquels 37 ont guéri après opération, et Gant a publié 9 cas avec 7 guérisons.

Le seul inconvénient vraiment sérieux est la possibilité d'une hernie abdominale, survenant plus ou moins longtemps après l'opération.

Nouvelle réaction permettant de différencier les exsudats des transsudats ; par Gangi. (*Riforma med.*, 27 sept. 1909.)

Verser dans une éprouvette quelques cent. cubes d'acide chlorhydrique, puis laisser couler le long des parois du vase une égale quantité du liquide à étudier. S'il s'agit d'un exsudat, il se forme à la ligne de séparation des deux liquides un anneau albumineux épais, bosselé, envoyant des fusées albumineuses vers la surface. Dans le cas de transsudat au contraire, l'anneau est mince et à surface lisse. Cette réaction, au dire de l'auteur, est beaucoup plus sensible que celle de Rivalta, basée sur l'action de l'acide acétique. F. R.

TRAITEMENT DU DIABÈTE

PAR LE

RÉGIME DES CORPS GRAS

GLYCOLÉANE MAIGNON

Ce traitement est basé sur des recherches physiologiques récentes dues au prof. F. Maignon (1), relatives au rôle des graisses dans la nutrition. Il ressort très nettement de ces expériences, résumées ci-dessous, que les graisses sont brûlées dans l'organisme à l'état de graisses, et qu'elles ne donnent pas trace de sucre, contrairement à l'opinion admise jusqu'à ce jour, qui voulait que ces substances fussent utilisées sous forme de glycogème.

Des chiens dont le foie a été privé de glycogène par l'inanination, sont réalimentés avec de la viande bouillie ; moins de vingt-quatre heures après l'ingestion, le glycogène hépatique est reconstitué, tandis qu'après plusieurs jours de réalimentation avec de la graisse ou de l'huile, il n'y a eu aucune formation de glycogème dans le foie.

Sur une chienne diabétique (8 kil.) qui éliminait 52 grammes de sucre avec une alimentation exclusivement carnée (500 gr. de viande bouillie), et maigrissait de 250 gr. par jour, on a vu le sucre disparaître en quelques jours, l'amaigrissement s'arrêter, les forces et la gaîté revenir, par l'application d'un régime gras.

De tous les aliments, les corps gras sont les seuls à ne pas donner de sucre dans l'organisme, les matières albuminoïdes elles-mêmes en donnant environ 44 p. 100.

Les corps gras apparaissent, dès lors, comme les aliments de prédilection des diabétiques.

Sur ces résultats a été édifié un *traitement du diabète par le régime des corps gras.*

L'application de ce régime présentait une double difficulté, provenant de ce que les corps gras amènent rapidement le dégoût et sont d'une digestion difficile : c'est pour cette raison qu'ils ont été administrés sous forme de médicament, après avoir été rendus directement assimilables par une émulsion avec saponification partielle, transformation analogue à celle qu'ils subissent sous l'influence de sucs digestifs (**Glycoléane**).

Ce **traitement** entraîne rapidement :

La **Disparition du sucre**, dans les cas les plus graves ;

La **Supression de la soif** ;

L'**Arrêt immédiat de l'amaigrissement** lorsqu'il existe ;

La **Réapparition des forces musculaires, nerveuses et génésiques.**

Le sommeil revient, et tous les malaises qui accompagnent ordinairement le diabète, tels que : démangeaisons, maux de tête, nervosisme, neurasthénie, cessent complètement. Le malade, n'ayant plus de sucre, est à l'abri de tous les dangers du diabète : affaiblissement de la vue, cataracte, complications des plaies, etc.

Les traitements préconisés jusqu'à ce jour agissaient sur la glycosurie, mais non sur l'état général. Le sucre diminuait, disparaissait rarement. La disparition du sucre ne pouvait être obtenue que par un régime insuffisamment nutritif, qui débilitait et amaigrissait le malade.

Le traitement par le **Glycoléane** permet, non seulement d'obtenir la disparition complète du sucre, mais, en nourrissant surabondamment le malade, il relève ses forces et améliore son état général.

Ce traitement, s'adressant au trouble nutritif lui-même, c'est-à-dire au mécanisme intime de la glycosurie, donne les mêmes résultats dans toutes les formes de diabète, qu'elle que soit la cause primitive de la maladie : **diabète gras, maigre, arthritique, traumatique, nerveux,** etc... Appliqué à des malades de ces divers types cliniques, il a toujours été suivi de succès.

Dans les cas de diabète grave, avec amaigrissement rapide et glycosurie intense, vis-à-vis desquels on était complètement désarmé jusqu'à ce jour, ce traitement donne des résultats remarquables par leur rapidité et leur intensité ; on voit le malade renaître au fur et à mesure que son sucre disparaît et que son poids augmente.

Il semble, au premier abord, que ce traitement ne doive pas donner de résultat dans le **diabète gras**, puisqu'on se trouve en présence de malades qui ont déjà de la graisse en excès ; mais il s'agit là de graisse de réserve qui n'est attaquée que lorsque l'alimentation devient insuffisante. La graisse ingérée est au contraire brûlée en totalité, chez les obèses comme chez les sujets maigres, lorsque la ration n'est pas surabondante et qu'elle n'entraîne aucune augmentation de poids.

L'expérience montre d'ailleurs que les malades atteints de diabète gras bénéficient comme les autres du traitement.

Le **Glycoléane,** en apportant des principes facilement combustibles, **épargne la destruction de l'albumine,** des tissus, et **abaisse fortement l'urée dans les cas d'azoturie.**

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Prix : le litre, **8** francs, le demi-litre, **4** fr. **50.**

Littérature et échantillons, s'adresser :

10, rue de la Pyramide, Lyon.

(1) Voir : *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, séances du 11 avril, du 2 mai, du 14 novembre 1908. *Lyon médical*, 16 août 1908, page 249. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 15 septembre 1908, page 866. *Semaine* et *Presse médicale*, 15 avril 1908. — *Presse médicale*, 5 septembre 1908. — *Province médicale*, 30 janvier 1909. — *La Clinique*, 1er janvier 1909.

CONGRÈS

Comité d'organisation du IIIe Congrès des praticiens (Paris, 1910).

Programme du Congrès

Les questions suivantes sont, jusqu'ici, à l'ordre du jour du Congrès.

La loi de 1902 sur la santé publique : Drs Doclercq, (Lille) et Wicart (Paris.)

Le relèvement des honoraires médicaux : Bresselle (Le Vésinet, Seine-et-Oise.)

L'avortement, au point de vue médico-social : Bertillon (Maisons-Laffitte, Seine-et-Oise.)

Exercice illégal de la médecine. Les remplacements médicaux : Levassort (Paris).

Structure administrative des hôpitaux à l'étranger et en France : Léon Archambault (Paris).

L'hôpital aux indigents : Régis (Paris).

Libre choix du médecin et Sociétés de secours mutuels : Bolliot (Lyon, Rhône.)

Libre choix et grandes adninistrations: Vallat (Joinville, Seine).

Limitation ou non-limitation du nombre des étudiants dans les écoles de médecine : Tourtourat (Paris).

Conseil médical supérieur : Le Fur (Paris).

Adresser : les communications relatives au Congrès au Dr Leredde, scrétaire, 31, rue La Boétie, Paris ; les adhésions, avec un mandat de cinq francs, au Dr Quidet, trésorier, 54, rue Bonaparte, Paris.

La date exacte du Congrès, qui aura lieu dans les premiers jours d'avril, sera publiée incessamment.

NOUVELLES DIVERSES

Concours.

Médecin des hôpitaux. — Le concours pour l'admissibilité au concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux ethospices civils de Paris sera ouvert le *lundi* 21 *février* 1910, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, service du personnel, du lundi 17 janvier au samedi 5 février inclusivement, de midi à 3 heures.

Le nombre des places d'admissibles mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue du concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du lundi 17 janvier au samedi 15 février inclusivement, de midi à 3 heures.

Avis important. — Conformément aux dispositions qui précèdent, un concours pour la nomination à 3 places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira 15 jours après la clôture des opérations du présent concours d'admissibilité. Seront admis à concourir les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles, déclarés à la suite du concours du 21 février.

Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert, le *lundi* 21 *mars* 1910, à midi, dans la Salle des Concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administraion centrale, 3, avenue Victoria (Service du Personnel), de midi à 3 heures, du lundi 21 février au samedi 5 mars 1910, inclusivement.

Thèses récompensées.— Le conseil des professeurs de la faculté de médecine de l'université de Paris a arrêté dans sa dernière séance de l'année 1909 la liste des thèses récompensées. Des médailles d'argent, de bronze et des mentions honorables ont été décernées aux auteurs de ces thèses ci-après désignés par ordre alphabétique pour chaque catégorie de récompenses.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Baudouin, Bello y Rodriguez, Blatter, Boudon, N. Fiessinger, Genevois, Mme Girard, née Mangin ; MM. Gougerot, Guyénot, Gy, Hautefort, Kahn, Paul Laffont, Mocquot, Sablé, Sézary, R.-V. Thomas.

Médailles de bronze. : MM. les docteurs Paul Albert, Balthazarian, Buizard, Comandon, Delmazure, Robert Dupont, Georges Giraud, Raymon Koch, Krantz, Lemeland, Milhit, Moncany, Charles Moreau, Pacaut, Pernet, Perrin, Planson, Sourdat, Vergues, Vouters.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Blanchetiere, Bornait-Legueule, Boutin, Brothier, Cartier, Chochon-Latouche, Cardier, Faix, Farcy, Faroy, Max François, Masson, Paul Ma-

TRAVAUX ORIGINAUX

La luxation congénitale de la hanche ;

Par P. LE DAMANY, professeur à l'Ecole de Rennes,
et J. SAIGET, interne des hôpitaux de Paris.

SYMPTOMES (1). — La luxation est rarement constatée dans les premiers mois ; il arrive cependant qu'une mère soigneuse vous signale la difficulté d'écarter les cuisses du bébé ou l'asymétrie des deux membres. Ce qui attire en général l'attention, c'est que l'enfant, d'ailleurs bien portant, *marche tard* et *marche mal*. Ces troubles de la démarche vont *en s'accentuant* avec l'âge.

Vous êtes donc appelé à examiner un enfant qui boite ; mais qui ne paraît pas souffrir, fait qui ne manque pas d'éveiller votre attention. Examinez l'enfant *debout et au repos* : en avant, vous noterez, si la lésion est unilatérale, une déformation du pli inguinal et du sillon vulvaire ; en arrière un élargissement de la fesse avec asymétrie du pli fessier et déviation du sillon interfessier. Le grand trochanter est plus saillant du côté malade, le membre paraît raccourci ; le raccourcissement est variable avec la situation de la tête, mais il est en général d'autant plus considérable que l'enfant est plus âgé.

Chez un enfant déjà grand (sept à huit ans), vous serez frappé par l'atrophie musculaire de la fesse, de la cuisse et même du mollet, par la déviation compensatrice de la colonne vertébrale, s'il s'agit d'une lésion unilatérale, par la cambrure de la région lombaire avec saillie des fesses si la luxation est double.

Si maintenant vous *faites marcher* l'enfant, vous constatez que sa démarche est anormale. Dans la luxation unilatérale, il boite en plongeant du côté luxé. Dans la luxation bilatérale, il dandine, il marche comme un canard. Ces deux anomalies de la démarche ne sont pas toujours nettes chez les très petits enfants. Les enfants plus grands, en s'appliquant bien, arrivent souvent aussi à atténuer beaucoup le défaut, surtout en présence du médecin.

Bien souvent, s'il s'agit d'un enfant qui commence seulement à marcher, vous êtes embarrassé pour conclure de la seule démarche hésitante à la luxation congénitale.

Faites donc *coucher l'enfant* sur le dos, les épines iliaques à la même hauteur, à droite et à gauche. Les extrémités de vos doigts, suivant de chaque côté la face externe de la cuisse de bas en haut arrivent sur une saillie osseuse, le grand trochanter. S'il s'agit d'une luxation unilatérale, vous constatez que vos doigts sont plus haut placés d'un côté que de l'autre.

Au-dessous du milieu du pli de l'aine, cherchez les battements de la fémorale ; immédiatement en dehors d'elle, vos doigts, si la hanche est bien articulée, appuient sur un plan résistant qui est la tête fémorale. Cette tête est-elle luxée, il n'y a pas de plan résistant, mais une dépression. Si vous cherchez à écarter les cuisses, vous trouvez d'ordinaire, même chez le très jeune enfant, une diminution notable dans l'amplitude du mouvement d'abduction, tandis que la flexion et l'extension sont parfaitement libres. Enfin, plaçant l'enfant sur le côté et fléchissant la cuisse à angle droit, tracez la ligne de Nélaton-Roser. Si la hanche est bien articulée, épine iliaque antéro-supérieure, sommet du grand trochanter et ischion sont sur une même ligne droite ; la hanche est-elle luxée, le grand trochanter est au-dessus de la ligne épine iliaque-ischion.

(1) Nous n'envisageons dans cet article que la luxation congénitale chez l'enfant, à l'âge où la lésion est curable.

La réunion de ces différents signes :

Boiterie non douloureuse et datant des débuts de la marche, chez un enfant vigoureux ;

Absence de la tête fémorale au-dessous de l'arcade crurale ;

Diminution de l'abduction;

Trochanter au-dessus de la ligne de N. R. (1),

vous permettra d'affirmer ou de rejeter l'existence d'une luxation congénitale. Toutefois, si les circonstances vous le permettent et en tout cas avant de commencer un traitement orthopédique, faites faire une radiographie ; chez l'enfant très jeune elle permet seule d'affirmer le diagnostic de luxation congénitale ; parfois elle montre à un chirurgien, même expérimenté, une lésion bilatérale chez un très jeune enfant qu'il croyait atteint de luxation unilatérale. L'étude radiographique de la hanche luxée sortirait de notre cadre, disons seulement qu'en pratique

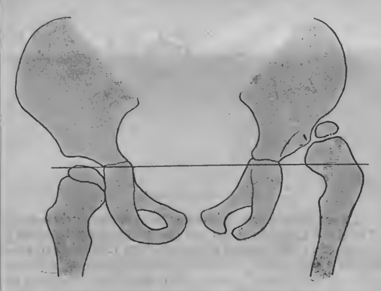


FIG. 1. — A gauche, hanche normale ; à droite, hanche luxée.

on reconnaît la luxation à ce que le centre du point épiphysaire de la tête fémorale est au-dessus d'une ligne menée par les espaces clairs qui, sur la radiographie, représentent, dans le cotyle, le cartilage en Y. (Figure 1).

DIAGNOSTIC. — Très facile, évident même dans la deuxième enfance, le diagnostic de la luxation est souvent plus malaisé dans le premier âge. Pour rester schématiques, nous dirons que chez le très jeune enfant toute boiterie douloureuse permet d'éliminer l'idée de luxation congénitale (arthrite, coxalgie, etc.). Restent les troubles de la démarche ne s'accompagnant pas de douleurs. Dans la pratique il vous faut penser à trois affections.

La *paralysie infantile*, lorsqu'elle frappe exclusivement ou avec prédominance les muscles voisins de la hanche (pelvi-trochantériens en particulier et surtout le muscle moyen fessier) entraîne une boiterie ressemblant grossièrement à celle de la luxation. Il suffirait d'y penser pour écarter cette cause d'erreur, si la paralysie infantile n'entraînait parfois secondairement une de ces luxations dites paralytiques qui ont conduit Verneuil à une théorie

(1) La valeur de ce signe a été discutée chez l'enfant très jeune ; or pour des recherches que nous faisions sur la hanche du nouveau né nous avons à la Maternité de Paris et à celle de Rennes, examiné plusieurs milliers de hanches de nouveau-nés ; jamais le signe de N. R. ne nous a paru en défaut ; en outre, chez un enfant de quelques jours présentant avec diverses malformations (spina bifida) une luxation de la hanche constatée à l'autopsie, la recherche de N. R. nous montra le trochanter nettement au-dessus de la ligne épine iliaque-ischion.

fausse sur la pathogénie de la véritable luxation congénitale.

Le *rachitisme des fémurs* peut simuler absolument une luxation bilatérale ; c'est avec cette cause d'erreur qu'il faut compter dans la pratique : l'enfant marche tard, mal et en canardant : les trochanters sont saillants.

Cherchez les autres signes de rachitisme, cherchez si la tête fémorale est à sa place en arrière de l'artère, si les mouvements d'abduction ont toute leur liberté et... n'affirmez rien avant le contrôle radiographique.

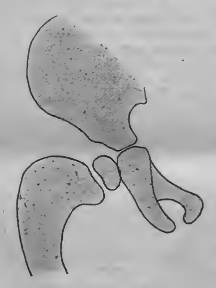


Fig. 2. — Coxa vara.

La *coxa vara* (caractérisée par la fermeture anormale de l'angle d'inclinaison du col sur la diaphyse fémorale), (figure 2), entraîne non seulement une claudication analogue à celle de la luxation ; mais le membre apparaît souvent raccourci, le trochanter peut être au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. Encore une fois, cherchez si la tête est à sa place, si les mouvements d'abduction sont libres et surtout... faites faire une radiographie.

Anatomie pathologique. — Les lésions portent à la fois sur le squelette et sur les tissus voisins de la hanche, tout le monde est d'accord là-dessus ; la discussion commence quand il faut déterminer quelle lésion a entraîné les autres, en un mot, ce qui est primitif et ce qui est se-



Fig. 3. — Déformation de l'épiphyse supérieure du fémur en "tampon de wagon" dans la luxation congénitale.

condaire. Le cotyle déshabité se comble peu à peu ; au-dessus de lui se forment souvent des points d'appui imparfaits pour l'extrémité supérieure du fémur (néocotyle). Celle-ci présentant un angle d'inclinaison très variable du col sur la diaphyse (coxa vara, rare, ou valga, fréquente) est souvent usée par les frottements, déformée en tampon de wagon (Figure 3).

La capsule articulaire a dû s'allonger en même temps que la tête quittait la cavité ; elle n'est jamais rompue comme dans une luxation traumatique. A la longue, la partie moyenne de la capsule se rétrécit en sablier et ce serait un obstacle à la réduction de la luxation. Le ligament rond s'atrophie et finit par disparaître pendant que le malade avance en âge. Les muscles périarticulaires subissent, du fait de l'ascension de l'extrémité fémorale supérieure, un changement de longueur et de direction.

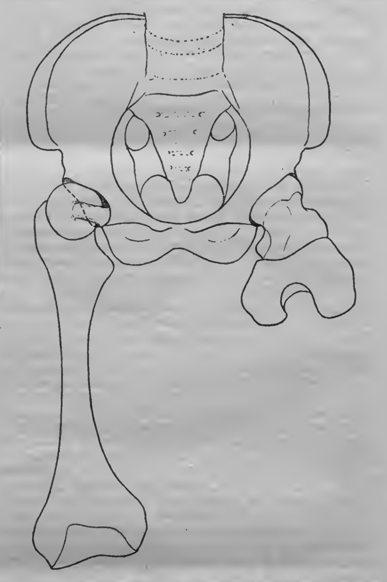


Fig. 4. — Quand le fémur est très tordu, la coaptation des surfaces articulaires est bonne dans l'attitude de flexion, mais dans l'extension, les surfaces s'écartant, le fémur se luxe.

Habitués à un fonctionnement anormal entre des points d'insertion rapprochés, ils se rétractent et constituent (adducteurs) un obstacle important à la réduction.

Il faut insister sur ce fait que dans la luxation congénitale il n'existe aucune altération microscopique des fibres musculaires et il en est de même des nerfs et des vaisseaux.

Toutes les lésions que nous venons d'énumérer, nous les tenons pour secondaires ; le fait anatomique qui engendre le déboîtement est une malformation spéciale aux luxés. Nous croyons avoir démontré dans des travaux antérieurs (1) qui n'ont subi aucune réfutation que

(1) *Revue de chirurgie.* — Années 1903 et suivantes. — Le Damany. La luxation congénitale.

la cavité cotyloïde et la tête fémorale présentent dans la boiterie congénitale une mauvaise orientation réciproque. Le cotyle regarde plus en avant que chez les nouveau-nés normaux. Il en est de même de la tête fémorale qui présente une antéversion ou, pour parler plus exactement, une torsion par rapport à l'axe de la diaphyse fémorale, torsion qui, dans l'extension de la cuisse fait regarder la tête en avant au lieu de la faire regarder en dedans, vers le fond du cotyle, comme normalement (figure 4).

En exposant la pathogénie nous verrons quelle est la conséquence obligatoire de cette mauvaise orientation réciproque des surfaces articulaires. Voyons auparavant ce que devient l'épiphyse fémorale qui vient d'abandonner le cotyle.

Franchissant le sourcil cotyloïdien, elle se porte en haut vers la fosse iliaque externe où elle remonte d'autant plus que la luxation est plus ancienne. Suivant que, sur le fémur luxé, le bassin bascule plus ou moins, la tête fémorale est en rapport avec des régions différentes du bassin. De là trois variétés de luxations congénitales : 1° antérieure, vers l'épine iliaque antérieure et inférieure, souvent aggravée, ordinairement bénigne ; 2° commune ; 3° postérieure ou aggravée, plus fréquente dans les formes bilatérales.

Il s'agit donc toujours d'une luxation se faisant pardessus le bord supérieur ou postéro-supérieur du sourcil.

Étiologie. — Deux faits seulement sont à retenir : la grande prédominance dans le sexe féminin, et l'énorme prédominance dans la race blanche. Presque inconnue dans la race noire, la luxation congénitale reste rare dans la race jaune, moins élevée anthropologiquement que la race blanche. Une fois sur quatre, on trouve une influence héréditaire ou familiale.

Pathogénie. — Nous pensons qu'il faut faire table rase de toutes les causes pathogéniques anciennement invoquées. Personne n'admet plus comme cause de luxation congénitale le traumatisme *in utero* ou obstétrical, ni les arthrites tuberculeuses ou autres du fœtus ou du nouveau-né. La théorie musculaire, d'après laquelle la paralysie et la dégénérescence de certains groupes musculaires entraîneraient la luxation par action prédominante des groupes musculaires restés sains manque de base puisqu'il n'y a point de paralysie ni de dégénérescence musculaire dans la luxation congénitale. La théorie des lésions nerveuses entraînant une dystrophie des surfaces articulaires manque également de substratum anatomique. Reste la théorie de la malformation primitive que le professeur Kirmisson adopte sous cette forme : « Il s'agit d'une malformation portant simultanément sur tous les éléments constituants de l'articulation : cavité cotyloïde, tête et col du fémur, et ligament rond » (1).

Il est certain que tous les éléments constitutifs de l'articulation sont altérés dans leur forme. Le savant professeur de pédiatrie de la Faculté de Paris pense que ce sont des malformations ; nous avons prouvé que ce sont des déformations. Il y voit la cause de la luxation, nous y trouvons des effets accompagnant la luxation.

Mais alors, nous dira-t-on, si la luxation de la hanche ne reconnaît pour cause aucune des raisons invoquées, quelle est donc sa pathogénie ? Celle-ci, étudiée par l'un de nous dans la *Revue de chirurgie*, est, croyons-nous fort simple, pour peu qu'on veuille bien distinguer les luxations de la hanche qu'on observe chez les monstres non viables, véritables *luxations tératologiques* sans intérêt pour le praticien, de la véritable luxation congénitale à laquelle nous donnons le nom de *luxation anthropologique* parce qu'elle manque complètement chez les animaux, est extrêmement rare dans les races inférieures, remarquablement fréquente, au contraire dans les races anthropologiquement supérieures comme la race blanche (un pour trois cents habitants en France). Leur nombre est plus grand dans le sexe féminin (cinq pour mille) que dans le sexe masculin (un et demi pour mille) parce que la femme est anthropologiquement plus élevée que l'homme, en ce sens qu'elle a, dès sa naissance, un bassin plus éloigné du type simien. Cette infirmité est donc une rançon de l'élévation anthropologique. La luxation de la hanche est très intéressante pour le médecin à cause de sa grande fréquence (dix fois supérieure à celle du bec-de-lièvre, treize fois plus grande que celle du pied bot (1) et de sa parfaite curabilité. Elle se prépare pendant la vie intra-utérine et s'accomplit à la naissance ; elle résulte de l'exagération d'un défaut commun à toutes les hanches humaines et spécial à ces hanches. Pendant la deuxième moitié de la vie intra-utérine, l'enfant est obligé de se soumettre à un pelotonnement excessif, exigé par la forme ovoïde de l'utérus maternel. Contrairement aux autres mammifères, dont le fémur est court et le bassin étroit, il est gêné dans ce pelotonnement (figure 5) par l'excessive longueur de ses cuisses et par la trop grande largeur de son bassin. Un bassin large est nécessaire pour l'accouchement. Un long fémur est nécessaire pour une bonne station debout.



Fig. 5. — Attitude du fœtus à terme dans l'utérus maternel; montre à quel point il est pelotonné avec les fémurs hyperfléchis.

Dans cette hyperflexion, le fémur se tord et la cavité cotyloïde diminue de profondeur. Ces deux défauts sont communs à tous les fœtus humains, chez beaucoup la solidité de l'articulation de la hanche est tellement diminuée chez les nouveau-nés qu'il est très fréquent de trouver à cette époque de la vie un défaut étonnant dans une articulation si solide aux autres âges. Beaucoup de nouveau-nés ont des hanches subluxables dans les jours qui suivent la naissance. Défaut transitoire et qui guérit spontanément.

Voici comment le pelotonnement dans l'utérus maternel peut déformer le fémur en le tordant et altérer la cavité cotyloïde en diminuant sa profondeur. Pendant la première moitié de la vie intra-utérine, le corps du fœtus est relativement gros, ses membres inférieurs sont relativement courts, une flexion modérée des cuisses suffit, car le liquide amniotique est lui-même relativement abondant. Plus tard, les membres inférieurs s'allongent proportionnellement beaucoup plus que le corps ne grossit, d'où nécessité de les pelotonner davantage ; or, dès que la flexion dépasse sa limite normale, le fémur, par l'intermédiaire des parties molles, vient heurter l'épine

(1) Kirmisson. — *Précis de chirurgie infantile*, Masson, 1906.

(1) Ce n'est donc pas sans étonnement que nous voyons dans les classiques ranger la fréquence de la luxation congénitale après celle du pied bot et du bec-de-lièvre. Voir, au contraire, Le Damany, *Archives provinciales de chirurgie*, juillet 1909.

iliaque antéro-supérieure. A partir de ce moment, quand la cuisse se fléchira davantage, l'extrémité trochantérienne du fémur tendra à se déplacer en bas alors que le

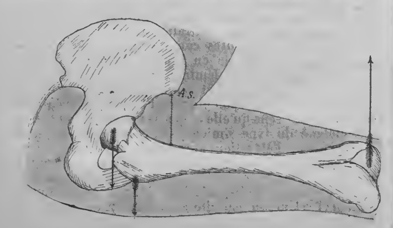


Fig 6. — Sur l'appui de l'épine iliaque A. S., dans l'hyperflexion, le fémur se tord, en même temps la profondeur de la cavité cotyloïde diminue.

genou se portera en haut. Cette bascule est possible parce que le trochanter est en porte-à-faux, et parce que l'épiphyse fémorale, cartilagineuse, peut tourner sur la dia-

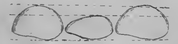


Fig. 7. — Moulages de trois cotyles: de fœtus de quatre mois, de fœtus à terme, d'enfant de 3 ans; la profondeur de la cavité cotyloïde diminue beaucoup pendant la deuxième moitié de la vie intra-utérine et augmente après la naissance.
(Ces trois moulages sont ramenés à un même diamètre pour faciliter la comparaison.)

physe. Dans cette bascule du fémur, la tête tend à s'écarter du cotyle ; le résultat c'est que la cavité cotyloïde qui, chez le fœtus de quatre mois, était une demi-sphère creuse,

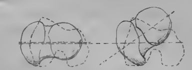


Fig. 8. — Fémur de fœtus de 4 mois et fémur de fœtus de 9 mois, ramenés à une même grandeur: le premier n'est pas tordu; la torsion du second est de 35° en moyenne. Ils sont ramenés à une même grandeur pour faciliter la comparaison.

n'est plus, au voisinage du terme, qu'un tiers de sphère.

Un autre défaut, encore commun à tous les bassins humains, favorise la luxation quand il est exagéré, c'est

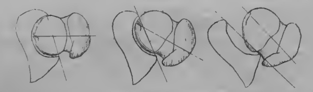


Fig. 9.— Chez l'embryon de quatre mois, la tête du fémur est bien orientée par rapport au cotyle. A la naissance, l'orientation est mauvaise parce que le fémur est tordu. Dans la luxation, ces deux défauts sont trop grands, la tête ne peut rester dans le fond du cotyle.

l'obliquité en avant de la cavité cotyloïde. L'étude de la hanche du nouveau-né montre que si ces défauts de la hanche atteignent une certaine valeur, la tête du fémur ne peut se placer en extension complète sans s'écarter du fond du cotyle (figures 6, 7, 8 et 9).

Comme cette extension est nécessaire pour le décubitus dorsal et pour la station debout, comme elle est souvent intempestivement imposée par des maillots trop serrés, elle se fera néanmoins, mais alors la luxation se produira.

Un accident peut la compléter brusquement ; mais presque toujours elle s'accomplit lentement, insensiblement, sous les yeux des parents, sans que rien ne révèle cet insidieux travail pathologique. Le retard de la marche et plus tard la claudication en seront les premiers symptômes importants.

Traitement.— Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour accorder la préférence à la réduction non sanglante. Pour notre part, nous considérons que les interventions sanglantes, mettant en danger la vie de l'enfant, sont toutes à rejeter, d'autant plus que les résultats orthopédiques qu'elles peuvent revendiquer sont déplorables.

Pour la première phase du traitement : réduction et premier appareil plâtré, tous les orthopédistes suivent à peu près la même technique, celle de Paci-Lorenz plus ou moins simplifiée. L'enfant endormi est couché sur le



Fig. 10. — Réduction d'une luxation chez une grande enfant.

dos, un aide fixe le bassin en appliquant ses deux mains sur l'épine iliaque du côté opposé à la hanche à réduire l'opérateur saisit la cuisse du côté luxé près du genou, la porte en flexion forcée pour abaisser la tête, puis place sa main restée libre, le poing fermé, sous le grand trochanter (Figure 10). Il défléchit alors la cuisse jusque vers l'angle droit en même temps qu'il porte l'abduction jusque vers 90° et qu'il propulse en haut le grand trochanter.

Dans ces conditions, la réduction s'opère avec un ressaut plus ou moins net. Pour notre part, nous ne pratiquons jamais ni tractions dans l'extension, ni pétrissage ou rupture préliminaire des adducteurs. Ces traumatismes supplémentaires nous paraissent au moins inutiles.

Nous recourons seulement, en cas de besoin, à des tractions suivant l'axe diaphysaire du fémur, tractions que nous faisons exécuter avec un écheveau de laine par un aide qui tire horizontalement dans la direction de la cuisse pendant que nous effectuons l'abduction (Figure 10). Une certaine rotation en dedans favorise souvent la réduction.

Un opérateur exercé pourra, dans ces conditions, obtenir la réduction de la hanche luxée jusque vers l'âge de six à

sept ans dans les luxations bilatérales, de dix ou onze ans dans les unilatérales, Il est évident qu'à l'âge limite, âge très variable d'un enfant à l'autre, certains opérateurs réussiront des réductions que d'autres ne pourraient exécuter. Deux éléments interviennent qui sont : le tour de main et la force mise en jeu.

Certainement aussi, les audacieux auront, à côté de succès inespérés, des accidents par excès de force employée ; les opérateurs prudents, au contraire, les éviteront en ne s'y exposant pas.

La réduction obtenue, le membre se trouve en flexion voisine de 90° et abduction à peu près égale. La rotation peut être à ce moment supprimée sans inconvénient.

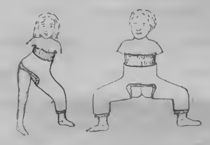


Fig. 11. — Premier appareil plâtré pour luxation unilatérale, et pour luxation bilatérale.

Le membre se trouve alors en première position de Lorenz, un appareil plâtré va le fixer dans cette position (Figure 11).

La méthode ambulatoire est, à notre avis, de beaucoup la meilleure, mais, pour qu'elle soit possible, il faut non seulement que le plâtre soit suffisamment solide, mais il faut encore protéger les tissus contre toute compression dangereuse.

Pour cela nous interposons entre la peau et le plâtre une feuille d'ouate glacée maintenue entre deux flanelles par des coutures espacées de cinq en cinq centimètres.

Pendant que le plâtre durcit, il est important de déprimer dans la région du grand trochanter de manière à supprimer autant que possible l'espace libre qui a toujours tendance à se faire en cette région et parfois permettrait la reluxation. Il est est toujours prudent de vérifier la bonne reposition par un examen radiographique.

Cet examen est indispensable quand la stabilité initiale de la réduction est mauvaise.

Le premier appareil plâtré est conservé pendant trois mois dans les luxations unilatérales, pendant quatre mois dans les luxations bilatérales. Son rôle est de maintenir la tête du fémur en face de la cavité cotyloïde et de commencer la fixation de la tête dans cette cavité en la creusant. Ce creusement est continué pendant le port du deuxième appareil qui, lui, doit avoir en outre pour but de corriger la mauvaise orientation réciproque des surfaces articulaires, c'est-à-dire de détordre le fémur.

Si les orthopédistes sont presque tous d'accord sur la valeur du premier appareil que nous venons de décrire, la suite du traitement varie considérablement avec chacun d'eux. La technique la plus habituellement suivie consiste à laisser dans des appareils successifs (un ou deux) la cuisse revenir de la première position de Lorenz (flexion-abduction) à l'extension sans abduction. Schede a réalisé un certain progrès en conseillant comme position intermédiaire entre la position de Lorenz et la liberté du membre la flexion modérée de la cuisse avec une certaine abduction et une rotation interne aussi forte que possible.

Cette deuxième phase du traitement classique doit être à notre avis complètement abandonnée.

Qu'arrive-t-il en effet avec ce traitement ? C'est que la mauvaise orientation réciproque de la cavité cotyloïde et de l'extrémité supérieure du fémur n'ayant pas été modifiée par le traitement orthopédique, les mêmes causes qui avaient engendré la luxation la reproduisent peu à peu lorsque la cuisse passe de la flexion-abduction (1re position de Lorenz) à l'extension complète.

L'on ne manquera pas d'objecter que le traitement classique a à son acquit un grand nombre de guérisons de luxations, guérisons durables et contrôlées par la radiographie (1). Le fait est exact sans doute, un certain nombre de hanches luxées présentent un défaut anatomique initial relativement modéré, il suffira d'un léger creusement de la cavité cotyloïde au cours du traitement (léger creusement que l'appareil de Lorenz assure d'ordinaire) pour obtenir la fixation durable de la tête en regard de l'acetabulum.

Les hanches où le défaut est trop grand se reluxent lorsqu'on diminue et supprime la flexion et l'abduction parce qu'on a laissé subsister la mauvaise orientation des surfaces articulaires. Le traitement de la luxation doit donc avoir pour objectif fondamental d'obvier à ce défaut de la

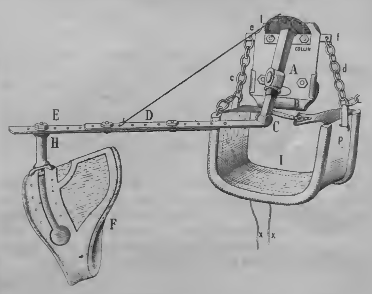


Fig. 12. — Vue d'ensemble de notre appareil.

hanche luxée, que nous savons être un excès de torsion fémorale. Le traitement orthopédique doit avant tout détordre le fémur. Les torsions et les détorsions osseuses se passant dans les cartilages de conjugaison des os en voie de croissance, nous devons nous efforcer d'obtenir au niveau du cartilage dia-épiphysaire supérieur du fémur une détorsion de l'os ; elle reportera en dedans la tête du fémur qui regardait primitivement en avant.

Le premier appareil enlevé avec toutes les précautions nécessaires pour éviter une reluxation, nous en plaçons immédiatement un deuxième qui va détordre le fémur, ce qui constitue la partie originale de notre traitement.

Il consiste (fig. 12) en un assemblage de pièces métalli-

(1) Il faut d'ailleurs faire remarquer qu'avant de parler du contrôle radiographique de la guérison d'une luxation, il faut qu'un temps assez long (six mois au moins) se soit écoulé depuis la mise en liberté de l'enfant hors du dernier appareil Beaucoup de hanches traitées par les méthodes classiques et qui sont en place au moment où l'on enlève les appareils sont reluxées quelques semaines après ; c'est sans doute à l'inobservation de cette remarque qu'est due la discordance entre les résultats relativement brillants proclamés par la majorité des orthopédistes et la médiocrité des résultats définitivement acquis.

ques articulées montées sur un corset en plâtre (1). Un bracelet entourant la cuisse au-dessus des condyles maintient l'abduction et empêche ainsi la reluxation, pendant qu'un sous-cuisse maintient la flexion, mais en prenant appui sous l'extrémité supérieure de la cuisse pour transformer le fémur en un levier dont l'action est inverse de celle que la figure 6 nous a montrée dans l'utérus maternel.

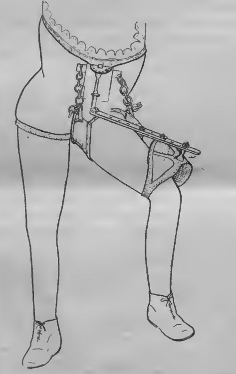


Fig. 13. — Enfant dans le deuxième appareil pour luxation unilatérale.

L'ensemble est représenté par la figure 13. Cet appareil est porté pendant quatre à cinq mois dans les luxations unilatérales, cinq à six mois dans les luxations bilatérales.

Résultats.— La méthode de Lorenz, d'après l'auteur lui-même et d'après les statistiques sincères des autres

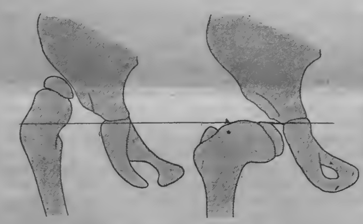


Fig. 14. — Avant détorsion du fémur.
Après thérapeutique et guérison de la luxation.

orthopédistes, donne une guérison anatomique sur deux dans la luxation unilatérale, une guérison anatomique sur trois dans la luxation bilatérale. En regard, voici nos résultats :

1° La détorsion du fémur presque toujours rendue évidente par la comparaison de 2 radiographies faites l'une avant, l'autre six mois au moins après la fin du traitement. Sur cette deuxième, le col du fémur, au lieu d'être antéversé comme sur la première (image presque rectiligne) est nettement dirigé de dehors en dedans (image coudée) figure 14.

2° La guérison anatomique est presque constante. Deux reluxations et cinq transpositions ou subluxations mal appuyées sur deux cent vingt-sept hanches traitées en dehors de la série d'apprentissage, telle est actuellement notre statistique. Tous nos contrôles radiographiques sont faits six mois ou plus après la mise en liberté des enfants.

3° La guérison fonctionnelle devient toujours parfaite chez les jeunes enfants et très souvent chez les grands, dans un délai qui varie de deux mois à trois ans après la fin du traitement. Chez certains sujets âgés, on voit persister bien longtemps de la raideur et toujours une imperfection fonctionnelle ; mais tous bénéficient pourtant du traitement, et en bénéficient énormément.

(1) Cet appareil construit par Collin a été décrit dans la *Revue de Chirurgie* et présenté au 20e Congrès français de Chirurgie (1907). Nous prions les lecteurs qui s'intéresseraient aux détails de l'appareil de vouloir bien se reporter aux comptes rendus du Congrès.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des médecins dans l'armée romaine : de leur rang et de leur nombre.

A Rome, les médecins, grecs d'origine et esclaves pour la plupart, étaient médiocrement estimés aux temps héroïques de la République. Le vieux Caton, s'il faut en croire Plutarque, méprisait également la Grèce, ses philosophes et ses médecins. Pour se passer des services de ces derniers, il avait composé lui-même une sorte de formulaire où il avait accumulé les recettes les plus saugrenues, les régimes les plus fantastiques, et il soignait ainsi sa famille et ses esclaves.

Cependant la culture grecque eut raison de ses barbares vainqueurs et aux premiers siècles de notre ère, sous l'Empire, les médecins grecs jouissaient à Rome d'une réelle considération. Attachés à l'armée, ils y étaient sur le même pied que les centurions, c'est-à-dire qu'ils y occupaient le rang d'officiers supérieurs. Nous en apportons des preuves que nous croyons inédites, et que nous devons à l'obligeante amitié de M. le commandant Mowat, un archéologue des plus érudits.

Dans le *Corpus inscriptionum latinarum* de Mommsen (vol. VI, p. 201, n° 1058), M. Mowat a relevé la copie d'une inscription gravée sur une colonne à base quadrangulaire haute de 6 pieds 9 pouces, et large de 2 pieds 9 pouces. Cette colonne, découverte en janvier 1820 à Rome, dans la villa des Maffei, fut acquise par M. de Hoffmann et conservée dans sa propriété du Mont Cœlius. A sa face antérieure, elle porte une inscription gravée en l'honneur de l'empereur Caracalla en l'an 210 par les soins des officiers de la Ve Cohorte des Vigiles.

L'inscription commence par une formule votive, puis vient la longue liste de tous les hommes de la cohorte, classés en sept centuries, qui forment un effectif de 953 vigiles. Chacun y est désigné par l'initiale de son prénom, son nom de famille et son surnom en toutes lettres, avec l'indication de son grade. Au-dessous de cette liste sont gravées deux cou-

ronnes de laurier symétriques. Dans celle de gauche, il est inscrit que le monument fut élevé aux nones de juillet de l'an 210, sous le consulat de Faustinus et de Rufinus, par les soins du plus ancien centurion, C. Antonius Autullus, assisté du porte-enseigne (vexillarius), M. Minucius Honoratus. Dans la couronne de droite on peut lire :

C. RVNNIVS, HILARIS
C. IVLIVS, HERMES
Q. FABIVS, POLLVX
S. LVTATIVS. ECARPUS
MEDICI

Quatre médecins étaient donc attachés à cette cohorte de Vigiles d'un effectif de 1000 hommes environ et ces médecins étaient assez bien considérés pour que leurs noms fussent placés en regard de la dédicace, dans une couronne de laurier.

La 5e cohorte de Vigiles n'était pas privilégiée au point de vue médical, car Mommsen relève ailleurs (*Corp. inscr. latin. VI, p.* 219, *n°* 1059), une inscription, conservée dans un manuscrit à Naples par l'antiquaire Smet, copiée sur une table de marbre aujourd'hui disparue, découverte en 1550 à l'église Santa Bibiana. Cette inscription, qui date aussi de Caracalla, donne la composition de l'état-major de la IIe cohorte des Vigiles et parmi figurent encore quatre médecins dont Mommsen rétablit les noms mal déchiffrés. Voici le texte de cette partie de l'inscription :

Medic. Coh. II. Vig. Claudi Thamyra, Flavi Pan [fil] e, [Juli Ep] aphrodite, Aureli Hegumene.

Il nous est donc permis de conclure que les sept cohortes de Vigiles qui représentaient à la fois, pour Rome, nos sapeurs-pompiers de Paris, notre garde républicaine et notre police municipale et étaient fortes chacune de mille hommes, avaient quatre médecins attachés à chacune d'elles; que ces médecins y jouissaient d'une considération spéciale et faisaient partie de l'état-major ; qu'en se basant sur les prénoms de ces médecins, il est permis de supposer qu'à de rares exceptions, ils étaient d'origine grecque.

Nous savions déjà que les Romains avaient le plus grand souci de l'hygiène et de la santé de leurs troupes, que l'on a, il y a quelques années, découvert en Suisse les vestiges d'un véritable hôpital militaire annexé à un camp romain ; mais on s'était peu préoccupé jusqu'alors du rang que tenaient les médecins dans l'armée romaine et du nombre qui était attaché à chaque unité. Nous voyons que dans le souci de la santé des soldats, malgré les efforts de M. Chéron, durant son passage au sous-secrétariat d'Etat à la Guerre, les Romains nous laissent bien loin derrière eux, s'il faut en croire les inscriptions des Ve et IIe cohortes de Vigiles.

J. Noir.

MÉDECINE PRATIQUE

Le Baume du Pérou comme antiseptique nasal ;

Par le Dr Henri BOURGEOIS
Oto-rhino laryngologiste des hôpitaux.

Il n'y aurait pas de conquête thérapeutique plus précieuse que celle qui nous permettrait de préserver les fosses nasales des sujets sains au cours des épidémies de grippe, de méningite, et de désinfecter celle des rougeoleux, scarlatineux, grippés, etc. Que de maladies seraient évitées ! Que d'otites, de mastoïdites, de sinusites, de laryngo-bronchites, de broncho-pneumonies même. Le problème est difficile à résoudre ; il faut non seulement désinfecter le nez, mais surtout l'*arrière-nez*. Le naso-pharynx et en particulier l'amygdale pharyngée se défendent beaucoup moins bien que la pituitaire contre l'infection, L'adénoïdite, chez l'enfant, précède souvent le coryza, et l'accompagne presque toujours.

Les irrigations nasales, pour les nombreuses otites qu'elles ont causées, sont absolument proscrites au cours des inflammations aiguës.

Les inhalations de vapeurs mentholées rendent de grands services dans les sinusites : par la vaso-constriction qu'elles produisent, elles favorisent le drainage spontané des cavités infectées ; mais leur action antiseptique doit être à peu près nulle.

Nous n'avons pas l'expérience des inhalations iodées proposées, au cours des épidémies de méningite cérébro-spinale, comme moyen prophylactique. MM. Vincent et Bellot en ont fait connaître la formule à la Société médicale des hôpitaux (16 juillet 1909) :

Iode	20 gr.
Gaïacol	2 gr.
Acide thymique	0 gr. 25
Alcool	200 gr.

Une certaine quantité de ce mélange est versée dans un bol ou une capsule de porcelaine. Celle-ci est elle-même plongée dans une cuvette remplie d'eau bouillante. Les vapeurs sont inhalées par le nez pendant trois minutes, quatre à cinq fois par jour.

Les pulvérisations huileuses n'envoient dans les fosses nasales qu'une quantité infime de médicament ; le nuage s'arrête à la partie antérieure des fosses nasales ; presque rien ne pénètre dans le cavum. C'est un moyen tout à fait illusoire ; ici encore le menthol, quand il est employé sous forme d'huile mentholée, agit comme vaso-constricteur et non comme antiseptique.

Les instillations d'huile, l'introduction des pommades, sont les seuls procédés auxquels nous ayons recours.

Comme huile médicamenteuse, nous conseillons l'huile goménolée à 1/20, antiseptique et non irritante ; en cas d'obstruction nasale, on peut y ajouter du menthol à 1/200. Mais depuis ces derniers temps, nous lui préférons une pommade au baume du Pérou ainsi formulée :

Baume du Pérou	0 gr. 75
Lanoline	5 gr.
Vaseline	10 gr.

F.S. A. dans un tube d'étain.

Employée dès le début du rhume, au moment où l'on se sent pris par l'arrière-nez, cette pommade est capable de faire avorter le coryza. Elle peut être utilisée dans le coryza chronique simple, dans la rhinite atrophique ozénateuse, la sensibilité de la pituitaire est alors très émoussée et permet d'augmenter la dose du médicament.

Nous rappellerons la manière de renifler une pommade :

Le sujet, couché à plat sur le dos, introduit dans une narine l'extrémité du tube de pommade et pousse doucement ; il reste étendu, en reniflant, par petits coups, jusqu'à ce que la pommade tombe dans l'arrière-gorge ; il se relève alors, crache l'excès de pommade et souvent en même temps une mucosité adhérente de son rhino-pharynx.

Nous voudrions voir cette pommade employée matin et

soir, comme moyen prophylactique, par tous les abonnés du rhume de cerveau pendant la saison froide, et par tous ceux qui se trouvent dans un foyer de ces épidémies saisonnières qui constituent la grippe. Nous voudrions aussi que nos collègues, médecins d'enfants, l'essayent dans les fièvres éruptives.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Recherches bactériologiques au cours de la rougeole et hypothèse sur la nature de l'exanthème morbilleux.

Parmi les nombreux microbes qui se développent sur les milieux de culture ensemencés avec les exsudats du rhinopharynx des sujets atteints de rougeole, le privat-dozent Paul Sittler (1) a toujours vu prédominer un organisme très voisin du staphylocoque blanc. Des examens effectués de la même manière au cours de la scarlatine, de la rubéole, de la varicelle et de la diphtérie n'ont jamais mis en évidence une telle prédominance de ce même microbe; celui-ci lui semblerait donc jouer un rôle particulier dans la pathogénie de la rougeole et ne pas constituer un agent banal d'infections surajoutées. Pour juger de sa spécificité, Sittler l'a soumis à l'épreuve de l'agglutination par le sérum sanguin. Il a constaté que le sérum d'enfants qui avaient été atteints de rougeole agglutinait fortement le microbe en question, et que le sérum d'enfants n'ayant jamais été atteints de rougeole ne l'agglutinait pas. Vis-à-vis des espèces voisines de staphylocoques ou de staphylocoques prélevés au cours de la rubéole, le sérum des mêmes individus anciennement atteints de rougeole n'exerçait qu'un pouvoir agglutinant beaucoup plus faible.

***

En même temps qu'il rend compte de ses expériences, Sittler nous apporte une hypothèse sur la nature de l'exanthème de la rougeole, qui paraît au prime abord plus ingénieuse que solide et ne s'appuie en rien sur des bases de nature à entraîner notre conviction.

Il admet que la cause de la rougeole réside dans l'infection des voies respiratoires supérieures par le microbe qu'il signale. Ce microbe se développe plus ou moins rapidement dans l'organisme et met en liberté des toxines solubles. Ces toxines se répandent dans l'organisme et déterminent la production d'anticorps. Celle-ci se traduit par un exanthème d'après un mécanisme semblable à celui qui préside à l'apparition de l'exanthème de la maladie du sérum.

Cet exanthème apparaît après un temps d'incubation à peu près fixe, qui est le même que pour l'érythème sérique. La variation de quelques jours qu'il peut mettre à se manifester doit être imputée à l'accélération ou au retard de la prolifération de l'agent pathogène sur les muqueuses des différents individus.

En somme, la rougeole représenterait une forme d'exanthème dont la production est provoquée, comme l'érythème sérique et l'urticaire, par une réaction anaphylactique de l'organisme aux toxines qui y sont introduites. Les manifestations du côté des muqueuses conjonctivales et autres peuvent se retrouver dans l'érythème sérique et l'urticaire comme dans la rougeole. Sur ces muqueuses enflammées, l'agent infectieux a toute facilité pour proliférer en abondance et ce fait doit expliquer la forte contagiosité de la rougeole à ce moment.

(1) Paul SITTLER.— *Munchener Mediziniche Wochenschrift*, 1909, n° 52.

Des preuves de son hypothèse et de l'existence de phénomènes d'anaphylaxie auraient été fournies à Sittler par des expériences qu'il a instituées sur des souris. En injectant à ces animaux 1 cc. des cultures filtrées de l'agent qu'il a isolé, il ne provoquait chez eux aucune réaction; en répétant les injections tous les 15 jours par exemple, il voyait survenir après un temps variable, de la faiblesse, de l'abattement ou même la mort. Il n'a pas hésité à injecter ces cultures filtrées, mais stérilisées à 75°, à un jeune enfant qui n'avait jamais eu la rougeole et chez lequel il n'a pu faire apparaître de réaction, après une seule injection. Chez un autre enfant une injection de bouillon de culture faite consécutivement avec une injection du sérum sanguin d'un enfant qui venait d'avoir la rougeole ne lui a également fourni aucune réaction. Ces résultats négatifs s'expliqueraient en admettant que la stérilisation du bouillon de culture par la chaleur a détruit les substances qui provoquent l'anaphylaxie.

Enfin pour Sittler, l'exanthème de la rougeole est le résultat d'un mécanisme tout différent de celui qui produit l'éruption de la scarlatine. Celle-ci serait due à l'action directe des toxines steptococciques. C'est la rapidité de la diffusion du streptocoque dans la voie sanguine qui règle l'apparition plus ou moins précoce de l'exanthème; et c'est pourquoi l'incubation de la scarlatine serait de durée si variable, surtout comparée à la fixité de l'incubation de la rougeole.

***

La thyroïdectomie, traitement palliatif du cancer.

L'excès de mucine qui apparaît dans les tissus lorsque le corps thyroïde est fonctionnellement diminué ou supprimé semble devoir constituer une protection efficace envers la production des tumeurs malignes. C'est du moins une déduction qui s'impose à l'esprit par ce fait que jamais on n'a observé de néoplasme chez un individu atteint de myxœdème. Mais par contre, on constate, pendant l'évolution de tumeurs malignes, des signes de suractivité thyroïdienne très marquée, en même temps qu'on voit diminuer la mucine dans tous les tissus organiques. Cette suractivité est traduite par l'accélération du pouls, la rapidité remarquable de cicatrisation des plaies qu'on voit survenir chez les néoplasiques, enfin par l'augmentation du volume du corps thyroïde qui survient dans la cachexie cancéreuse. Il est logique de penser que l'augmentation des échanges organiques provoquée par la suractivité thyroïdienne est un facteur important de la cachexie et une condition favorable au développement des néoplasmes.

C'est en considération de ces faits que Stuart Low (1) a été amené à pratiquer l'excision du corps thyroïde dans les cas de cancer inopérable, dans l'espoir de créer des conditions défavorables à leur prolifération. Il rapporte les observations de 5 sujets atteints de carcinome, chez lesquels il a pratiqué l'extirpation d'un des lobes du corps thyroïde après ligature des vaisseaux. Il lui a semblé que les malades retiraient un bénéfice évident de cette intervention. La croissance du néoplasme était ralentie, les ganglions lymphatiques paraissaient ramollis et moins douloureux. La perte de poids, continue avant l'opération, s'arrêtait pour faire place à une augmentation très marquée. Dans tous les cas, il y a eu ralentissement du pouls. Ses expériences paraissent assez concluantes à Stuart Low pour qu'il conseille de procéder à une hémithyroïdectomie plus précoce que celles qu'il a pratiquées.

G. LŒSER.

(1) W. Stuart Low. — *The Lancet*, 16 octobre 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 janvier 1910.

Immunisation contre le cancer de la souris inoculée avec des tumeurs modifiées par les rayons X. — M. A. *Contamin* a vu, après d'autres expérimentateurs, qu'une souris cancéreuse, dont la tumeur s'est résorbée sous l'influence des rayons X, est immunisée. De plus, l'inoculation d'une tumeur en voie de résorption sur l'animal, ou mieux d'une tumeur irradiée après ablation, peut également provoquer l'immunité. Le mode et la puissance de l'irradiation ont une grande importance, puisqu'une irradiation trop intense peut neutraliser le pouvoir immunisant, ou même le transformer en pouvoir favorisant.

Recherches sur la paralysie infantile expérimentale. — MM. *Levaditi* et *Landsteiner* montrent que la vaccination préventive des animaux au moyen des moelles desséchées est possible. Ces moelles sont virulentes en injections intra-cérébrales; et une moelle ancienne de neuf jours a conféré la maladie à un singe.

Ces auteurs ont tenté de vacciner deux animaux en leur injectant sous la peau des émulsions de moelles d'animaux infectées, préalablement chauffées à 56° pendant 30 minutes. Cette tentative a complètement échoué. Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1919.

Les principes de la reminéralisation organique. Essai d'antisepsie pulmonaire directe. L'orientation du traitement de la phttsie pulmonaire, — M. A. *Robin* donne l'ensemble des principes qui doivent actuellement guider dans le traitement de la tuberculose. Ce traitement doit être réalisé par l'emploi simultané de la médication d'épargne, de la médication reminéralisatrice, de la médication antiseptique directe. L'usage de la tuberculine semble pouvoir jouer un rôle adjuvant favorable, si on recourt aux procédés de Denys et Beranek.

La prophylaxie de la fièvre typhoïde. — (*Suite de la discussion.*) — M. *Vaillard* pense que la prophylaxie de la fièvre typhoïde, comme celle des autres maladies contagieuses (diphtérie, peste, rougeole, scarlatine, méningite cérébro spinale, etc.), doit évoluer au fur et à mesure qu'on en connaît mieux les conditions étiologiques. La fièvre typhoïde, se propageant par des moyens multiples, il est logique de lutter contre ces divers moyens, simultanément. On doit lutter contre les porteurs chroniques de bacilles comme on lutte contre les eaux contaminées.

M. *Landouzy* croit qu'il convient de s'occuper des convalescents de fièvre typhoïde, agents fréquents de contamination.

Mais les préoccupations des hygiénistes doivent aller à l'emploi des sérums immunisants : il y aurait lieu de nommer une Commission avec mandat d'étudier les procédés d'immunisation active, de rassembler les résultats déjà obtenus, d'examiner dans quelles conditions la vaccination pourrait être recommandée et pratiquée comme moyen prophylactique.

M. *Netter* est partisan de la vaccination antityphique. Il a réuni des documents sur ce sujet dès 1906. Depuis Kuhn en 1907, Leichmann, en 1909, ont repris l'étude de la question. L'exemple des résultats obtenus dans l'armée qui fit campagne contre les Hereros et dans l'armée anglaise confirme pareille opinion. La vaccination entraîna quelques inconvénients transitoires : fièvre, douleur et tuméfaction locales. De plus, l'immunisation n'est réalisée qu'au bout d'une dizaine de jours et, pendant ce temps, l'individu est dans un état de réceptivité exagéré vis-à-vis du bacille d'Eberth. Dès lors il importe de ne pas pratiquer de vaccination dans un milieu contaminé, pour que le sujet ne soit pas exposé à la contagion pendant cette période de moindre résistance. Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 janvier 1910.

Mercredi 19 janvier, a eu lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie.

Après un discours de M. Reynier, président sortant, M. Lejars, secrétaire annuel, a rendu compte des travaux de la Société pendant l'année 1909. Puis M. Rochard, secrétaire général, a prononcé l'éloge de M. le Pr Paul Berger.

La Société a décerné les prix suivants : *Prix Marjolin-Duval* à M. **Moreau** pour son travail sur les « Suites de la gastroentérostomie pour sténose non cancéreuse du pylore ».

Prix Ricord à M. **Batut** pour son travail sur la « Tuberculose génitale de l'homme ». *Mention honorable* à MM. **de Munter** et **Ledent** pour leur travail sur les « Mensurations de l'appareil locomoteur ».

Prix Laborie à M. **Guibé** pour son travail intitulé « Contusions et ruptures traumatiques du duodénum ». Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Seance du 14 janvier 1910.

Le vice-président, M. le prof. Ballet, installe le nouveau bureau et donne la parole au secrétaire, qui donne lecture de l'allocution du nouveau président, le Dr de Beurmann.

Aplasie congénitale localisée de la paroi thoracique. — MM. *Apert et Osne* présentent un homme dont la paroi thoracique au niveau de la région pectorale gauche, est formée par la peau seulement doublée d'un plan fibreux. Les 3e et 4e côtes et leurs cartilages manquent, les 2e et 5e côtes sont refoulées en haut et en bas, les muscles pectoraux sont réduits ou absents. Ces malformations ont déjà été observées et varient en degrés. Dans quelques cas le poumon fait hernie sous la peau.

Très souvent — le 1/4 des cas — s'accompagnent de malformations des doigts du même côté.

Chez quelques nouveau-nés on a trouvé la main placée dans le creux pectoral et ce fait permettrait d'attribuer la malformation à la pression de la main à une période embryonnaire précoce.

M. *Siredey* donne ensuite lecture de l'éloge funèbre des membres décédés dans le courant de l'année : les Drs Lamy, Moissenet, Besnier, Bourneville etc. Le secrétaire général s'est acquitté de cette tâche délicate avec habileté, précision et habileté.

FRIEDEL.

Séance du 21 janvier 1910.

Syndrome abdominal suraigu au cours d'une endocardite infectieuse latente avec abcès du pancréas. — MM. *O. Josué* et *E. Valter.* — Un homme de 22 ans est pris brusquement d'une douleur abdominale atroce, siégeant sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, avec facies péritonéal, pouls très rapide, vomissements, sans ballonnement du ventre. Puis apparaît un ictère biliphéique. La température s'élève et le malade succombe le 3e jour de la maladie.

On songe à une perforation d'un organe abdominal, ou à la lithiase biliaire infectée, peut-être à la rupture dans le péritoine de voies biliaires septiques.

A l'autopsie, le péritoine, l'estomac, l'intestin, l'appendice, sont sains. Il y a trois petits abcès dans la tête du pancréas, et de nombreux ganglions lymphatiques tuméfiés qui compriment le cholédoque. Le foie est profondément dégénéré. On trouve de plus une ulcération nécrotique récente sur la mitrale. Les abcès et l'ulcération contiennent du staphylocoque, et l'on trouve des embolies de ce microbe dans tous les organes.

Le même tableau clinique a été signalé dans les suppurations étendues du pancréas. avec lésions de la totalité de la glande. Notre cas est remarquable par le petit volume des abcès et l'acuité extrême des symptômes. On peut se demander si ces manifestations ne sont pas, au moins en partie, la conséquence de la compression du plexus solaire par les ganglions lymphatiques tuméfiés.

L'ictère, qui est tout à fait exceptionnel dans les formes suraiguës, était dû, dans notre cas, à la compression du cholédoque par les ganglions tuméfiés.

Les lésions du foie sont très marquées. A côté des lésions cellulaires, des dilatations des capillaires trabéculaires, on y trouve des lésions de sclérose en voie d'édification : nodules infectieux en évolution vers la sclérose (sclérose additionnelle), amas de cellules hépatiques dégénérées en train d'être rempla-

cées par une cicatrice fibreuse (sclérose de remplacement ou antyphosclérose).

On trouve enfin des embolies de staphylocoques dans des artérioles et les capillaires de tous les organes. Il est à remarquer que les amas microbiens n'ont déterminé aucune réaction dans les tissus. Il est probable que les germes ont été disséminés dans les derniers moments de la vie, alors que les moyens de défense étaient déjà brisés. Un rapprochement s'impose avec les cas où on a trouvé des microbes dans le liquide céphalo-rachidien, sans éléments cellulaires et sans réaction méningée.

Pour ce qui est de la filiation des accidents, l'endocardite ulcéreuse a été le point de départ des microbes qui ont déterminé les abcès du pancréas et les embolies terminales. L'endocardite est restée latente, jusqu'à ce que la localisation pancréatique et ganglionnaire ait donné lieu aux symptômes suraigus. Ajoutons que la dégénérescence des cellules du foie a été certainement une des causes principales de la mort rapide.

Manifestations thyroïdiennes au cours du rhumatisme articulaire aigu. Présentation de malade.— M. ***Soucques*** a pu observer ces manifestations signalées par Vincent. Le malade, au décours d'un rhumatisme articulaire aigu, a présenté tous les symptômes de la maladie de Basedow : exophtalmie, signe de Graefe, goitre, polyurie, sueurs ; pas de tremblements. Le rhumatisme avait été traité par le salicylate de soude à haute dose. Il faut donc admettre que le basedowisme peut reconnaître deux causes : une lésion nerveuse centrale et une maladie infectieuse et particulièrement le rhumatisme.

M. ***Vincent***. — Ce basedowisme cède très bien au salicylate de soude. On peut, en dehors de ce traitement médicamenteux, employer les courants continus : pôle + sur la nuque, pôle — sur le goitre et la région précordiale. 20 m. A. pendant 20 minutes.

Pleurésie syphilitique. — MM. ***Roger*** et ***Sabareanu*** rapportent deux observations : 1° femme de 38 ans, soignée à 18 ans pour tuberculose, contracte la syphilis à 21 ans et est soignée pour cette affection. La pleurésie actuelle est-elle d'origine syphilitique ou tuberculeuse ? L'examen des crachats pour l'albumine est négatif ; il n'y a aucun signe de tuberculose actuelle ; le liquide pleural séreux est inoculé au cochon d'Inde, qui après deux mois ne présente aucune lésion. La réaction de Wassermann est positive. Le traitement spécifique amène la guérison.

2° Homme syphilitique, fait une pleurésie. La réaction de Wassermann est positive. La réaction de Wassermann faite sur du liquide provenant d'un vésicatoire chez des syphilitiques a été positive 8 fois sur 9. On peut donc se demander si chez un syphilitique toute pleurésie donne une réaction de Wassermann positive, ou si la pleurésie est d'origine syphilitique. M. Roger penche vers la première hypothèse. FRIEDEL.

ANALYSES

Les variétés morphologiques de la cirrhose ; par E. GÉRAUDEL. (*Revue de Médecine*, juillet 1909.)

On peut ne pas partager toutes les vues de M. Géraudel sur l'anatomie et la pathologie du foie ; mais on doit reconnaître que ces vues sont toujours originales et par suite très intéressantes. Dans le présent article, l'auteur, un des premiers en France, discute la réalité de la division établie par Charcot des cirrhoses en cirrhoses veineuses et cirrhoses biliaires : et de fait, il n'est pas un de nous qui, examinant un foie sclérosé, n'ait souvent hésité à le classifier dans un groupe donné. Pour M. Géraudel, il n'y a qu'un seul type de cirrhose du foie ; ce qui en fait la variabilité apparente, c'est la quantité de tissu hépatique néoformé au cours du processus irritatif ; les îlots de parenchyme ne sont pas, en effet, pour l'auteur, des reliquats cellulaires étranglés par la sclérose, mais bien au contraire des amas de cellules en voie de prolifération. Suivant le degré de l'hyperplasie, on aura le type atrophique ou le type hypertrophique. Par suite « toutes les cirrhoses, au point de vue morphologique, « peuvent et doivent être rattachées les unes aux autres, quelles « que soient les différences entre les groupes extrêmes. Leur « structure est commandée de façon prépondérante, sinon « exclusive, par le développement relatif du parenchyme néo-« formé par rapport au foie primitif, où domine la sclérose. » F. R.

L'appendicite chez l'enfant ; par SPRINGER. (*Prager. Med. Woch.*, 1909, n° 7.)

L'appendicite est fréquente chez l'enfant après 5 ans. Springer en rapporte 68 cas personnels, le plus jeune des petits malades qu'il a observés avait 3 ans. Les fautes diététiques ne semblent pas devoir être incriminées dans l'étiologie de l'appendicite. Rarement l'auteur l'a vue coïncider avec l'hypertrophie des amygdales. L'appendice de l'enfant est relativement plus long que celui de l'adulte et atteint jusqu'à 12 cm. Grâce à la situation profonde du côlon et à l'obliquité du bassin, l'extrémité de l'appendice plonge, chez l'enfant, dans le petit bassin. Ce fait explique certaines particularités cliniques : la douleur au point de Mac Burney peut faire défaut, peut être provoquée plus bas ou bien n'est décelée que par la palpation du rectum. Les abcès péri-appendiculaires sont généralement pelviens, très rarement lombaires. Il est très fréquent de voir chez l'enfant la vessie intéressée dans le processus inflammatoire, ce qui s'explique précisément par la situation profonde de l'appendice.

L'appendicite aiguë présente chez l'enfant un début brusque et violent. Le diagnostic peut errer vers l'entérite aiguë, l'invagination intestinale, la péritonite tuberculeuse. Le pronostic est le même que chez l'aldulte. Sur les 68 cas rapportés par Springer, la mortalité a été de 4, soit 5 °/o. L'opération s'impose dans les 48 heures qui suivent le diagnostic. De même, toute appendicite chronique doit être rapidement opérée. L'abstention devant une appendicite aigue n'est permise que lorsque celle-ci aboutit à la production d'un abcès qui s'ouvre à l'extérieur où se déverse dans les voies naturelles. G. L.

Ictère pléiochronique éberthien ; par V. AUDIBERT. (*Revue de Médecine*, juillet 1009.)

A propos d'un cas d'ictère pléiochronique d'apparence primitive et d'allure infectieuse, mais qu'un examen approfondi révèle être de nature éberthienne, l'auteur passe en revue tous les travaux qui dans ces dernières années ont montré l'affinité du bacille d'Eberth vis-à-vis du foie et des voies biliaires. Landouzy et Mathieu furent les premiers, en 1883, à affirmer ce fait, aujourd'hui admis par tout le monde. A la suite de la découverte de la séro-réaction par Widal, nombreux furent les travaux qui confirmèrent les vues de Landouzy et Mathieu. L'ictère catarrhal d'apparence primitive est souvent d'origine typhique ; Lecointre en rappelle tous les cas décrits avant lui, dans sa thèse inaugurale (1905). En même temps Kayser et Foster prouvent combien est fréquente, pour ne pas dire constante, l'infection éberthienne des voies biliaires au cours de la fièvre typhoïde ; si bien que pour eux la maladie débute tout d'abord par un stade d'infection hépatique, qui précède l'infection intestinale. Gilbert et Lereboullet estiment que maints ictères chroniques sont dus au bacille d'Eberth. Cestan et Azéma, tout récemment, ont démontré cliniquement, bactériologiquement et anatomiquement l'origine typhique de quelques cirrhoses hypertrophiques biliaires. Enfin certaines cirrhoses atrophiques, certains cas d'ictère grave, sont manifestement dus à la même infection éberthienne. On voit donc le rôle considérable que le bacille d'Eberth, soit primitivement, soit au cours de la dothiénentérie joue dans la pathologie du foie. F. R.

Les glandes parathyroïdes ; par L. COTONI. (*Revue de Médecine*, août 1909.)

Les glandes parathyroïdes, découvertes par Sandströne en 1880, n'ont été véritablement étudiées qu'à partir des travaux de Gley. Chez l'homme, ces glandules sont au nombre de 4, deux de chaque côté de la ligne médiane. Le groupe supérieur ou groupe thyroïdien siège à la face postérieure de la thyroïde, à l'union des 2/3 supérieurs et du 1/3 inférieur, très voisin du tissu thyroïdien, dans le tissu cellulo-graisseux qui entoure le corps thyroïde ou même dans sa capsule. Le groupe

inférieur ou groupe thymique est situé contre le récurrent, au-dessous des rameaux de la thyroïdienne inférieure ; par conséquent en connexion moins intime avec la thyroïde que le groupe précédent. La grosseur des parathyroïdes varie de celle d'un grain de blé à celle d'une lentille.

Le tissu épithélial est réparti en cordons cellulaires sinueux, séparés par des travées conjonctives apparentes, dans lesquelles courent de nombreux capillaires sinueux : chaque cordon épithélial comprend deux rangs de cellules, dont les plus nombreuses sont petites, polyédriques ; ce sont les cellules dites principales. Les autres cellules, ou cellules chromophiles ou oxydophiles sont isolées ou groupées en amas, plus volumineuses, et renferment de nombreuses granulations éosinophiles. Ces différentes cellules renferment de l'iode, mais en moins grande quantité que les cellules thyroïdiennes.

C'est à Gley que revient le mérite d'avoir établi l'importance physiologique des glandes parathyroïdes. La parathyroïdectomie expérimentale provoque des accidents aigus et chroniques ; les premiers débutent dès le 2e jour : tremblements, contractions fibrillaires, crises de *tétanie*, parfois même convulsions hyperesthésie, tachycardie ; la mort survient vers le 5e jour. Les accidents chroniques sont plus rares ; ils sont du même ordre et aboutissent à la mort au bout de 2 à 3 mois.

En clinique humaine, les accidents dus à la seule suppression des parathyroïdes sont rares ; ils sont en effet associés le plus souvent aux accidents thyréoprives, c'est-à-dire myxœdémateux. Cependant on peut rattacher à la suppression des parathyroïdes la tétanie et les convulsions de certains crétins et myxœdémateux. Pour Moussu, la maladie de Basedow serait due à une insuffisance parathyroïdienne : pour Brissaud, le myxœdème complet est un myxœdème à la fois thyroïdien et parathyroïdien ; pour Castelvi, la maladie de Parkinson ressortirait elle aussi à un vice de fonctionnement de ces glandules. Plus récemment Pepere et Vassale ont rapporté la genèse de certains cas d'éclampsie à la diminution de la sécrétion parathyroïdienne ; de même pour quelques cas de tétanie protopathique. On voit donc que le rôle des parathyroïdes croît de plus en plus ; et peut-être viendra-t-il un jour où leurs fonctions seront démontrées aussi utiles que celles de la thyroïde ou des capsules surrénales. F. R.

Contribution au diagnostic de la syphilis en obstétrique ; par E. Bunzel. (*Wien. Klin. Woch.* 9 sept. 1909, n° 36, p. 1230.)

230 femmes de la clinique obstétricale de Prague furent systématiquement soumises à la réaction de Wassermann. Un premier examen du sang fut fait pendant le 9e mois de la grossesse ou au moment de l'accouchement, et un second examen entre le 10e et le 30e jour après l'accouchement.

Le sang du cordon de leurs 230 enfants fut examiné à la naissance, 176 des femmes examinées n'étaient pas syphilitiques et présentaient une séro réaction négative, de même que leurs nourrissons. Sur les 54 femmes restantes, 21 étaient présumées syphilitiques. Sur ces 21, 13 seulement présentèrent une réaction positive. Parmi elles, se trouvait un cas d'hydramnios avec néphrite chez la mère, malformations multiples chez l'enfant, or le séro-diagnostic fut positif chez tous deux ; deux cas d'avortement par décollement placentaire où la réaction fut une fois négative chez la mère et l'enfant, une fois positive chez la mère seulement : un cas d'hydrocéphalie à réaction négative chez la mère et l'enfant.

19 femmes étaient cliniquement syphilitiques. Chez l'une d'elles, atteinte de syphilis héréditaire, on pratiqua l'avortement pour éclampsie et l'on trouva la réaction de Wassermann positive chez la mère, négative chez le fœtus. 8 autres, atteintes de syphilis secondaire, réagirent toutes d'une manière positive ainsi que leurs enfants, sauf une femme en traitement qui eut une réaction négative, comme son enfant, quoiqu'elle présentât encore une papule syphilitique de la grande lèvre. L'enfant de cette femme ne présenta aucun signe de syphilis pendant les 6 mois où il resta en observation. Sur les 7 autres enfants à réaction positive, 3 moururent du 1er au 15e jour et présentèrent à l'autopsie des lésions syphilitiques ; les 4 autres ne montrèrent pas de stigmates de syphilis pendant les 5 jours où ils restèrent à l'hôpital.

Dans 9 cas de syphilis latente, les réactions furent positives sauf pour une femme et son enfant : 2 enfants donnèrent une hémolyse partielle, les 6 autres un arrêt complet de l'hémolyse, sur lesquels 4 seulement avaient des symptômes apparents de syphilis.

Dans un dernier cas de paralysie générale, le séro-diagnostic fut positif chez la mère et l'enfant, celui-ci du poids de 3550 gr. et d'apparence en très bonne santé.

Enfin 14 femmes restent à discuter. Celles-ci, non suspectes tout d'abord de syphilis, présentèrent à un moment donné une réaction positive, tandis que le sang de leurs enfants subit toujours une hémolyse complète. Six de ces femmes étaient atteintes d'éclampsie et présentèrent au moment de leurs accès une réaction positive qui disparut après l'accouchement et la guérison.

Les 8 autres femmes n'étaient certainement pas syphilitiques Avant leur accouchement, elles présentèrent une réaction de Wassermann positive, qui devint douteuse ou négative après l'accouchement.

Dans les antécédents de ces femmes, on put relever 3 fois une scarlatine dans l'enfance, une fois une variole, une autre fois une série d'affections fébriles indéterminées.

Or, Bunzel se demande, dans ces derniers cas, si des anticorps déjà apparus dans l'organisme au moment de ces infections. ne se reproduiraient pas en plus grande quantité sous l'impulsion de la suractivité des échanges organiques déterminée par la puerpéralité.

D'une manière générale, il pense, avec Opitz, Weil, Braun, que l'apparition d'une séro-réaction de Wassermann positive au cours de la grossesse peut traduire quelquefois tout simplement, comme l'a prouvé Toyosumi, la production d'anticorps non spécifiques, qui ne représentent que les produits de réaction de l'organisme à la destruction et à la résorption d'éléments cellulaires. G. L.

BIBLIOGRAPHIE

L'année électrique, Electrothérapie et radiographique, par le Dr Foveau de Courmelles. (Un vol. in-12 de 370 pages. Librairie polytechnique Ch. Béranger, éditeur.) Prix : 3 fr. 50.

La dixième *Année électrique* continue la tâche et l'effort des neuf volumes qui l'ont précédée : présenter les progrès électriques de l'année écoulée sous une forme concise et claire. Elle rappelle les faits entrevus, les perfectionnements, les mises au point de découvertes antérieures, enfin tout ce qui a l'attrait de l'original et du nouveau. C'est une vision cinématographique en quelque sorte de tous les travaux intéressants, vision que le lecteur peut rendre rapide ou lente à son gré, en s'arrêtant sur les points qui le préoccupent, en oubliant les autres.

Les appareils et faits nouveaux, la lumière, le chauffage, la traction, les télégraphes et signaux avec ou sans fil font l'objet de chapitres consciencieux. Les accidents électriques de tous genres, par la foudre ou l'industrie et les moyens de s'en préserver, moyens qui progressent en nombre et en efficacité, sont étudiés.

Le côté médical, cher à l'auteur depuis si longtemps novateur en ce domaine, est aussi approfondi que le côté industriel. L'électrophysiologie et l'électrothérapie, avec l'électrolyse médicamenteuse, la fulguration, la d'Arsonvalisation, montrent impartialement l'état de ces questions. La radiographie qui voit, la radiographie qui soigne, ont subi de notables perfectionnements ; et l'auteur a pu voir les plus récents, la cinématographie par radiothérapie instantanée de l'estomac et autres organes, au cours de sa mission officielle de 1909 en Allemagne et en Autriche-Hongrie. Les rayons X et le radium ne sont pas non plus inoffensifs, leur filtration et diverses précautions en font des agents therapeutiques puissants, si bien maniés, ce qui est démontré par de nombreux exemples d'accidents ou de guérisons. La photothérapie par la lumière a aussi ses cures.

Enfin la jurisprudence, les procès électriques, les règlements sur les rayons X ou le radium, sont également indiqués.

En réalité, livre indispensable comme ses prédécesseurs, et devant figurer dans toutes les bibliothèques.

Que faut-il manger ? manuel d'alimentation rationnelle; par le Dr F. X. GOURAUD ancien Chef de Laboratoire à la Faculté, préface du Pr Armand Gautier. (Paris, 1909, 1 vol. gr. in-18 jésus 327 pages. Prix : 3 fr, 50, librairie J. Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris, VIe.)

Le problème alimentaire est aujourd'hui d'actualité, et nombreux sont les savants, médecins, sociologues, philanthropes, qui se préoccupent d'assurer à tous une alimentation saine et rationnelle. Ainsi s'expliquent le nombre des travaux et volumes parus déjà sur cette difficile et importante question.

Le nouveau livre que publie aujourd hui le Dr F. X. Gouraud constitue une excellente mise au point dc l'état actuel du problème alimentaire. Ecrit pour le médecin praticien, conçu dans un esprit clair et méthodique, il rendra les plus grands services à tous ceux qui considèrent à juste titre la diététique comme une des branches les plus importantes de la thérapeutique. De théories, il n'y en a que ce qu'il faut pour justifier les déductions pratiques.

Chaque aliment, ou chaque groupe d'aliments suffisamment homogène, est successivement passé en revue : pour chacun l'on rappelle la composition et les dominantes chimiques, la valeur calorique, les répercussions viscérales, plus ou moins modifiées par la préparation que subit l'aliment ; il en déduit l'important chapitre des indications. Trois tables des matières alphabétiques, par aliment, par maladies, complètent cette sorte de dictionnaire, et le rendent des plus maniables, des plus faciles à consulter.

Comme le dit dans sa préface le Dr Armand Gautier : « on peut recommander vivement au public médical l'ouvrage essentiellement pratique et sagement conçu du docteur F. X. Gouraud. On ne saurait avoir de meilleur guide. »

NOUVELLES DIVERSES

Concours de l'internat.—*Pathologie.*— Séance du 21 janvier 1910.— MM. JACQUEMIN et GAUCHERY, 11 ; NADAL, 7 ; BRISSET-DES-NOS, 2 ; POIROT-DELPECH, 4 ; SIDOUN, 5 ; PORAK, 12 ; Mlle LANDESMANN, 8 ; MM. VILBORT, 9 ; BARDON, 5 ; BESSET, 11.

Séance du 22 janvier. — MM. JACOB, 4 ; RICHARD, (G.)-Henri), 7 ; JAMIN, 1 ; BELOUX, 10 ; TURQUETY, 9.

Anatomie. — Séance du 21 janvier. — MM. PARAF, 8 ; ROUSSEAU (Emile), 9 ; FERRAND, 12 ; BAUDOUIN (Emile), 9 ; CLEISZ, 11 ; Mlle DE PFEFFEL, 9 ; M. ROUTIER, 15 ; Mlle DE JONG, 11 ; M. VINAY, 3.

Comité de Patronage des étudiants Hongrois à Paris. — Le gouvernement hongrois a été officiellement avisé que, sur l'initiative du professeur LANDOUZY, doyen de la Faculté de médecine de Paris, un Comité de patronage s'est constitué à Paris pour favoriser le séjour des étudiants hongrois dans les villes universitaires de la France.

Le Comité est composé comme suit : MM. LIARD, *président* ; LYON-CAEN, LANDOUZY, APPELL, CROISET, LAVISSE, BONNAT, BOUCHARD, PINARD, CHAMPIONNIÈRE, ARLOING, CALMETTE, HUGUES LE ROUX, Gaston DESCHAMPS, *membres* ; KONT, *secrétaire général.*

Le livre d'or des stations thermales et climatiques de France. — A l'occasion de l'Exposition de Bruxelles, l'Union des Etablissements thermaux de France va éditer, sous ce nom générique : *La France climatique et thermale*, sous le patronage officiel du Gouvernement et avec le concours du Syndicat général des Médecins balnéaires qui s'est chargé de la rédaction.

Il contiendra une série de monographies en trois langues : français anglais et espagnol, sur toutes les villes d'eaux et sur tous les centres climatiques de France. Chaque notice, rédigée d'après un programme uniforme, donnera les renseignements les plus précis et les plus exacts sur les conditions de vie et de séjour, sur les eaux et leurs indications thérapeutiques, sur les installations thermales et sur toutes les autres organisations saisonnières, avec accompagnement de vues et de plans qui compléteront heureusement la documentation. Ce sera le dernier mot, le mot officiel, le mot médical, le mot impartial sur la France thermale et climatique de 1910 ; il fera autorité parmi les médecins et parmi les malades.

Il est vraiment à souhaiter que cette œuvre généreuse rencontre partout, et surtout auprès des Administrations thermales ou climatiques intéressées, le concours actif et dévoué dont elle a besoin pour son succès définitif. (Pour tous renseignements, écrire à l'Union des Etablissements thermaux de France, 69, rue de la Victoire, Paris.)

IIIe Congrès des Praticiens. — On sait qu'il doit avoir lieu en avril prochain. Rappelons quelles sont les questions inscrites jusqu'ici à du jour : *La loi de 1902 sur la santé publique,* — MM, les docteurs DECLERCQ (de Lille) et WICART (de Paris).

Le relèvement des honoraires médicaux. — M, le docteur BRESSELLE (du Vésinet),

L'avortement au point de vue médico-social. — M, le docteur BERTILLON (de Maisons-Laffitte)

Exercice illégal de la médecine. Les remplacements médicaux. — M. le docteur LEVASSORT (de Paris),

Structure administrative des hôpitaux en France et à l'étranger, — M. le docteur Léon ARCHAMBAULT (de Paris),

L'hôpital aux indigents, — M, le docteur RÉGIS (de Paris).

Libre choix du médecin et sociétés de secours mutuels, — M, le docteur BOLLIET (de Lyon),

Libre choix et grandes administrations. — M, le docteur VALLAT (de Joinville.

Limitation ou non limitation du nombre des étudiants dans les écoles de médecine — M. le docteur TOURTOURAT (de Paris),

Conseil médical supérieur, — M, le docteur LE FUR (de Paris),

Adresser les communications relatives au Congrès au docteur LEREDDE, secrétaire, 31, rue de la Boétie, Paris. Les adhesions avec un mandat de 5 francs. au docteur QUIDET, trésorier. 54. rue Bonaparte Paris,

Nouvelles de Province.

Marseille. — Les cours professés à l'Ecole de Médecine et Pharmacie de Marseille à l'usage des candidats aux diplômes d'études coloniales, au titre de médecin sanitaire maritime pour l'année 1909-10 sont les suivants :

I. *Clinique des maladies exotiques.* — M. TREILLE, professeur : Maladies des professions maritimes et coloniales ; malades des marins, chauffeurs, soutiers, locteurs, etc. Maladies des colons dans les pays chauds et leurs suites dans les pays tempérés ; maladies des pays chauds devenues chroniques et observées en France dans les ports de mer.

II. *Pathologie et bactériologie des maladies exotiques.*— M. GAUTHIER, chargé de cours : Malades pestilentielles; séméiologie et diagnostic des affections coloniales.

III. *Histoire naturelle et parasitologie coloniales.* — M. JACOB DE CORDEMOY, chargé de cours : Parasites du sang, de l'intestin et de la peau en pathologie exotique.

IV. *Hygiène, climatologie et épidémiologie maritimes et coloniales.* — M. REGNAUD, chargé de cours : Hygiène coloniale, prophylaxie, épidémiologie coloniales.

Bordeaux. — *Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Bordeaux.* — Le programme du *Trentenaire* de la réunion annuelle, qui doit avoir lieu en mai 1910 a été fixé comme suit :

La partie scientifique et professionnelle comprendra :

1° Une *conférence* par le Dr VINCENT, l'éminent professeur du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, qui est un des anciens internes les plus distingués des hôpitaux de Bordeaux ;

2° Un *Congrès de l'Internat français*, où seront conviés les internes et anciens internes des autres centres universitaires et des écoles de médecine, et où seront discutées toutes les questions touchant le recrutement l'organisation et l'aménagement matériel de l'internat en France.

La partie agréable, en dehors du Banquet traditionnel, comprendra un concert organisé avec le concours d'artistes en renom.

La nouvelle édition de l'*Annuaire de l'Internat*, qui doit paraître à cette date, est sur le point d'être achevée.

Envoyer sans retard les changements d'adresse au Dr René CRUCHET, 31, rue Ferrère, Bordeaux.

Nîmes. — *Victime du devoir professionnel.*— M. le Dr MOURGUES (de Nîmes), porteur d'une plaie superficielle à la main droite, ouvrait tout dernièrement un abcès à un de ses clients. Une infection se produisit et deux jours après notre malheureux confrère n'était plus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les kystes hydatiques multiples du foie. Fréquence. Diagnostic. Traitement ;

Par Ch. LENORMANT,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Malgré les innombrables travaux consacrés aux kystes hydatiques du foie, il reste encore dans cette question quelques points obscurs ou discutables. Même sur leur traitement, l'accord n'est pas fait, et l'on n'est pas encore fixé, d'une façon certaine, sinon sur la valeur relative, au moins sur les indications des deux principales méthodes thérapeutiques : marsupialisation et réduction sans drainage. Mais il y a plus, et l'examen attentif des faits montre que, sur quelques points, les descriptions classiques sont inexactes et doivent être modifiées. C'est ainsi qu'une discussion récente de la *Société de chirurgie* (décembre 1909 —janvier 1910) vient d'attirer l'attention des chirurgiens français sur la fréquence et l'importance pratique d'une variété de kystes que les auteurs signalaient comme rare et sans grand intérêt : les *kystes multiples primitifs*.

A lire les traités classiques, cette multiplicité des kystes hydatiques apparaît comme une éventualité des moins fréquence presque exceptionnelle, et aucun n'y insiste. Seul peut-être, Schwartz (1) écrit : « Dans la majorité des cas, le kyste est unique, mais il n'est pas rare d'en trouver plusieurs réunis » ; et il cite à l'appui une statistique de Neisser qui, sur un millier de cas, a trouvé 45 fois des kystes multiples dans le foie ; encore cette proportion de 4 % est-elle certainement bien inférieure à la réalité.

C'est Dévé qui, au moins en France, a eu le mérite de montrer le premier la grande fréquence de cette variété des kystes du foie. Dans son excellent ouvrage sur les kystes hydatiques (2), publié il y a quelques années, il consacrait un chapitre aux kystes multiples qui représentaient à eux seuls le tiers des cas d'échinococcose du foie qu'il avait personnellement observés. Dans un article tout récent (3), il apporte une statistique plus étendue, portant sur 68 cas : 21 fois les kystes étaient multiples (31 %). C'est là la proportion la plus forte qui ait été relevée ; peut-être s'agit-il d'une série exceptionnelle ; peut-être aussi faut-il tenir compte de ce fait que la statistique de Dévé renferme un certain nombre d'observations avec autopsie, par conséquent plus précises et plus complète que celles qui sont recueillies au cours d'une opération, où les kystes multiples passent parfois inaperçus.

Les statistiques opératoires donnent, en effet, une fréquence un peu moins grande des kystes multiples. Il en a été publié un assez grand nombre en Allemagne, avec des pourcentages variant de 10 à 20 % (Ehrlich : 2 sur 28 ; Becker : 29 sur 237 ; Kœnitzer : 12.5 %). Dans la République Argentine, Vegas et Cranwell trouvent une proportion encore un peu plus faibe : 52 kystes multiples sur 644 cas (8 p. 100).

Dans la discussion récente de la Société de Chirurgie, un certain nombre d'orateurs ont apporté, à ce point de vue, leurs statistiques intégrales : Hartmann trouve 5 kystes multiples sur 30 kystes hydatiques du foie ; Guinard 7 sur 28 ; Broca 6 ur 23 ; Sieur 1 sur 4 ; Routier 7 sur 44 ; Legueu 2 sur 12 ; Mauclaire 4 sur 16 ; Quénu 10 sur 45 ; Delbet 3 sur 25 (ce dernier auteur a même donné le chiffre de 6 kystes multiples sur 25 cas ; mais, à la lecture des observations, d'ailleurs incomplètes et très peu détaillées, il semble bien que 3 seulement de ces faits se rapportent à des kystes réellement multiples du foie, les 3 autres concernant des kystes du foie associés à des kystes de l'épiploon ou du péritoine). En additionnant ces petites statistiques personnelles, on obtient un total de 227 kystes du foie, dont 45 étaient multiples ; c'est donc une proportion de 20 %, qui doit être assez voisine de la réalité et qui montre, en tout cas, que, loin d'être une rareté, la multiplicité des kystes est une éventualité très fréquente et d'observation courante : dans cette même discussion de la Société de Chirurgie, il n'a pas été rapporté moins de 54 cas de kystes multiples.

La fréquence des kystes multiples étant ainsi établie, une double question se pose immédiatement, au point de vue diagnostique et au point de vue thérapeutique : *dans quelles conditions est-il possible de reconnaître la multiplicité des kystes ? Cette multiplicité modifie-t-elle en quelque manière les indications, la technique et les résultats des opérations pour kyste hydatique du foie ?*

Il suffit de parcourir les observations publiées pour se rendre compte que le *diagnostic de kystes multiples* n'a été fait que très exceptionnellement *avant l'opération*. Dans quelques cas cependant, le très gros volume du foie et l'existence à sa surface de bosselures nettement distinctes et éloignées les unes des autres a permis de soupçonner la multiplicité des lésions : Ehrlich (1) a publié une très belle observation de Payr (Greifswald) où la palpation du foie montrait quatre tumeurs parfaitement indépendantes les unes des autres (il y avait en réalité 6 kystes) ; parmi les 54 cas cités à la discussion de la Société de Chirurgie, 2 seulement ont été reconnus avant l'intervention, tous deux en raison de l'aspect bilobé du foie (cas de Kirmisson et de Lejars). Mais ce symptôme est loin d'être constant : le plus souvent, en cas de kystes multiples, une seule poche fait saillie à la surface du foie et devient appréciable à la palpation ; les autres sont enfouies dans la profondeur de l'organe et demeurent insoupçonnées. Même lorsqu'il existe, ce signe n'a pas une valeur absolue, car un kyste unique peut être bilobé et donner l'impression de deux bosselures distinctes. La radioscopie pourrait également, au dire de Dévé et de Quénu, révéler l'existence de plusieurs kystes dans le foie ; le fait est parfaitement possible, mais il ne semble pas s'être encore présenté en clinique.

En réalité, le diagnostic préopératoire de la multiplicité des kystes est le plus souvent impossible. Mais le diagnostic *au cours de l'opération* devrait toujours être fait. Le chirurgien doit toujours avoir présente à l'esprit l'*extrême fréquence* des kystes multiples et il doit systématiquement rechercher si, à côté de la poche qu'il vient d'ouvrir, il n'en existe pas d'autres. Ce n'est pas seulement dans les cas où l'on avait constaté le frémissement hydatique et où le kyste ouvert ne renferme pas de vésicules (signe d'Ewald), dans ceux où le volume du foie reste anormalement volumineux après évacuation de la première poche, c'est toujours et dans tous les cas qu'il faut explorer avec le plus grand soin, par une palpation méthodique et attentive, d'abord l'intérieur du kyste qui vient d'être incisé, puis toute la surface du foie, pour y déceler les moindres bosselures, les inégalités, les différences de consistance qui permettront de soupçonner d'autres kystes. Au moindre doute, on fera une ponction exploratrice dans la zone suspecte : la ponction, dangereuse et condamnable lorsqu'on la fait à travers la paroi abdominale, redevient une

(1) SCHWARTZ. — Chirurgie du foie. Paris, 1901.
(2) DÉVÉ. — Les kystes hydatiques du foie. Paris, 1905.
(3) DÉVÉ. — Les kystes hydatiques multiples primitifs du foie. — *Normandie médicale*, 1er janvier 1910.

(1) EHRLICH. — Zur Kasuistik der multiplen Echinokokken der Leber. — *Beitræge zur klinischen Chirurgie*, LXI, p. 629, 1909.

pratique excellente et qu'on ne saurait trop recommander lorsque le ventre est ouvert, le foie bien exposé et le champ opératoire bien protégé.

Malgré tout, un trop grand nombre de kystes multiples restent inaperçus même au cours de l'opération. Dévé affirme que, sur 20 cas de kystes hépatiques qu'il a vu opérer, 9 fois les poches étaient certainement multiples et ont été en partie méconnues. Cette proportion peut paraître énorme ; elle est cependant inférieure à celle relevée par Becker (1) : cet auteur a réuni 154 cas de kystes du foie opérés par divers chirurgiens mecklembourgeois ; 21 fois, il y avait plusieurs kystes et 14 fois, dans les deux tiers des cas, l'opération a été incomplète, comme l'ont montré plus tard une seconde opération ou une autopsie. Je crois, malgré tout, qu'il s'agit là de séries exceptionnellement chargées et que des chirurgiens, habitués aux interventions sur le foie et prévenus de la fréquence des kystes multiples, éviteront le plus souvent cette faute opératoire. Pas toujours cependant, puisque, dans la dernière discussion de la Société de chirurgie, je relève encore 6 cas de kystes multiples méconnus : Sieur ouvre, chez un malade, un gros kyste du lobe droit et plusieurs kystes du péritoine ; à l'autopsie, il trouve d'autres kystes dans le lobe gauche et dans le lobe de Spiegel ;— Routier marsupialise 3 kystes suppurés volumineux et l'autopsie révèle qu'il en existait encore plusieurs autres plus petits ; — Mauclaire, dans deux cas, après marsupialisation d'un grand kyste suppuré, trouve à l'autopsie 2 autres kystes chez un malade, 6 à 7 chez l'autre ; — enfin Delbet rapporte deux cas analogues ; dans l'un, quelques jours après marsupialisation du premier kyste, le malade eut une vomique mortelle par ouverture bronchique d'une seconde poche ; dans l'autre, sept mois après l'incision d'un kyste, il fallut en réopérer un second qui avait été méconnu pendant la première intervention.

Il peut donc se faire que le diagnostic de kystes multiples ne soit établi que plus ou moins longtemps *après l'opération*. L'existence des poches méconnues se révélera de façons diverses : tantôt par la persistance de l'hypertrophie du foie, tantôt par l'apparition de quelque complication, vomique comme dans le cas cité plus haut de Delbet, suppuration du kyste comme chez une opérée de Lejars.

Souvent aussi ces kystes pourront demeurer latents pendant des mois et des années et, lorsque plus tard ils se manifesteront, il sera bien difficile de savoir s'il s'agit de kystes primitivement multiples ou de kystes récidivés. Les procédés de laboratoire ne seront que d'une faible utilité pour ce diagnostic post-opératoire des kystes multiples : l'éosinophilie est inconstante et n'a de valeur que si elle atteint un taux élevé (Dévé) ; la réaction de fixation du complément persiste plusieurs mois après l'ablation d'un kyste même unique.

La question de la *conduite à tenir en présence de kystes hydatiques multiples du foie* n'est pas moins importante, que le diagnostic en ait été fait avant ou pendant l'opération. Il est bien évident que les indications et les méthodes opératoires restent théoriquement les mêmes qu'en cas de kyste simple, et que chaque poche doit être traitée comme si elle existait seule. Quénu a bien cité l'histoire d'une femme qu'il avait opérée et guérie de douze kystes hydatiques du foie. Mais, en pratique, les choses ne vont pas toujours aussi simplement et valent d'être discutées. Deux points sont à étudier : la *voie d'accès sur les différentes poches* et le *mode de traitement de chacune d'elles*.

Lorsqu'un premier kyste a été ouvert et qu'il en existe un ou plusieurs autres, on peut aborder ceux-ci, soit par une nouvelle incision, indépendante, faite à la surface du foie, soit par la première poche ouverte, en effondrant les cloisons de tissu hépatique qui séparent les kystes les uns des autres. Ces deux voies ont été utilisées ; elles ont chacune leurs indications : lorsque les deux tumeurs sont éloignées l'une de l'autre, lorsqu'elles siègent, par exemple, dans deux lobes différents du foie, il est évident qu'elles doivent être abordées par deux incisions hépatiques distinctes, voire même, comme l'ont fait Lejars, Hartmann et Legueu, par deux incisions cutanées distinctes ; lorsqu'au contraire la seconde poche fait saillie dans la première et n'en est séparée que par une cloison très mince de parenchyme atrophié, son ouverture par la cavité du kyste déjà incisé s'impose. Il y a là une question d'espèces, variable avec chaque cas et généralement facile à résoudre. Je crois cependant que, pour peu que la cloison séparant les deux kystes ait quelque épaisseur, c'est à l'ouverture par deux incisions distinctes qu'il faut de préférence avoir recours. C'est l'opinion qu'a défendue Dévé qui écrivait, dès 1905 : « Lorsque les divers kystes seront suffisamment superficiels, il y aura grand intérêt à les ouvrir *séparément* et *directement* par la surface du foie, *et non* secondairement en passant par la cavité évacuée de la première poche ; en effet, l'évacuation des kystes ouverts de cette dernière façon, indirectement et profondément, est le plus souvent très malaisée et partant presque toujours *incomplète* ». Cauchoix (1) recommande également les incisions multiples, en répétant les arguments invoqués par Dévé, dont les deux principaux sont la possibilité de rencontrer une poche suppurée à côté d'une poche à liquide clair et les hémorragies abondantes accompagnant l'incision des cloisons interkystiques. Les faits publiés depuis lors ont confirmé la justesse et l'importance de ces deux arguments : la fréquence de la suppuration partielle des kystes multiples est très grande, puisque Guinard la relève dans la moitié de ses cas personnels et Mauclaire 3 fois sur 4 cas. Quant aux hémorragies graves par section d'un gros vaisseau de la cloison interkystique, elles ont été signalées dans plusieurs observations ; Jaboulay dut, à la suite de la blessure d'une grosse veine, tamponner les deux poches et terminer rapidement l'opération ; Lejars parle d'une « hémorragie abondante consécutive à la section d'une cloison d'une certaine épaisseur » ; Guinard, dans un cas semblable, eut une hémorragie très inquiétante qui ne put être maîtrisée ni par les pinces, ni par le tamponnement, et qui ne s'arrêta qu'après suture hermétique de la première poche kystique. Il est vrai que pareil accident peut s'observer lorsqu'on aborde, par une incision spéciale, à travers une couche épaisse de tissu hépatique, un kyste profondément situé. Legueu a rapporté un cas de ce genre et l'on trouvera plus loin l'observation d'une malade chez laquelle, après ablation de trois kystes, et au moment où j'essayais d'en ouvrir un quatrième situé dans la profondeur du lobe droit, je fus arrêté par l'abondance de l'hémorragie. Du moins, on se trouve alors dans de bien meilleures conditions pour faire l'hémostase que lorsqu'on travaille au fond d'une poche préalablement ouverte.

Les kystes une fois abordés par l'une des deux voies que je viens d'indiquer, on peut leur appliquer l'une quelconque des méthodes employées dans les kystes

(1) BECKER. — Die endemische Verbreitung der Echinococcus-Krankheit in Mecklemburg. *Beitraege zur klinischen Chirurgie*, LVI, 1909.

(1) CAUCHOIX. — Le traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie et de leurs complications. *Thèse de Paris* 1908.

simples. Dans les observations récemment relatées à la Société de chirurgie, on relève 17 marsupialisations et 7 réductions sans drainage de poches multiples. On peut même, suivant les indications particulières à chaque cas, traiter de façon différente deux kystes voisins ; c'est ainsi que Guinard estime que, lorsque certaines poches sont suppurées, il faut les marsupialiser, tandis qu'on réduira sans drainage les poches voisines à liquide clair. En fait, on a assez fréquemment employé ces opérations combinées : marsupialisation et ponction (Kirmisson, Hartmann), marsupialisation et réduction sans drainage (Quénu), extirpation et marsupialisation (Mauclaire), extirpation et réduction sans drainage (Schwartz).

D'une façon générale, les diverses méthodes de traitement gardent ici la même valeur relative et les mêmes indications que dans les kystes simples. La marsupialisation s'impose quand le contenu est louche ou purulent. L'extirpation est une méthode d'exception, dont les indications fort rares se réduisent aux kystes pédiculés qui se sont presqu'entièrement extériorisés en dehors du foie et à certains cas de kystes multiples en grappe, comme celui observé par Mauclaire. Dans les kystes à contenu clair, la discussion reste ouverte entre la marsupialisation, méthode plus lente, mais plus sûre, et la réduction sans drainage, dont les avantages sont considérables, mais qui expose à quelques accidents ; la dernière discussion de la Société de Chirurgie montre que, quoi qu'on en ait dit, l'accord n'est pas encore fait au sujet du choix entre ces deux interventions qui toutes deux conservent leurs partisans.

Quelle que soit la méthode thérapeutique employée, le *pronostic* des kystes multiples du foie est infiniment plus sombre que celui des kystes simples et la mortalité de ces opérations est considérable. Vegas et Cranwell trouvent 8 morts sur 45 cas, soit 19.5 %. Ehrlich a réuni 100 cas de kystes multiples opérés, provenant pour la plupart de chirurgiens allemands : cette série compte 30 morts. En citant cette statistique à la Société de Chirurgie, Quénu faisait des réserves sur cette énorme mortalité et pensait qu'elle n'exprimait pas exactement la gravité de l'échinococcose multiple du foie ; mais, quelques jours plus tard, ayant fait le relevé de ses opérations personnelles, il trouvait précisément le même pourcentage : 3 morts sur 10 cas, alors que 35 interventions pour kystes simples ne lui avaient donné qu'une seule mort. Les 54 cas de kystes multiples du foie rapportés dans la discussion de la Société de Chirurgie ont tous été opérés ; il y eut 14 morts (1), soit 26 % ; la gravité semble la même, quel que soit le procédé opératoire, puisqu'on compte 4 morts sur 17 marsupialisations et 2 morts sur 7 réductions sans drainage.

Je puis rapporter moi-même un cas malheureux qui vient à l'appui de la gravité des kystes multiples et montre les difficultés de l'opération :

Il s'agissait d'une femme de 25 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur épigastrique. Cette tumeur s'était développée lentement et progressivement, depuis un an, sans déterminer d'autres troubles que quelques tiraillements et une certaine gêne. La tumeur, exactement médiane, est lisse, arrondie, rénitente, mate, parfaitement indolente ; il n'y a pas de frémissement. La percussion montre, en outre, une hypertrophie générale du foie.

On fait le diagnostic de kyste hydatique et la malade est opérée, le 21 août 1908. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le foie apparaît très gros, congestionné, avec une bosselure blanchâtre et fluctuante du volume du poing, occupant la partie la plus antérieure de sa face convexe, exactement sur la ligne médiane. Ce kyste est ponctionné formolé, puis incisé et l'on extrait facilement la membrane hydatique ; on resèque en partie les parois du kyste ; le reste de la poche est capitonné et suturé sans drainage.

Relevant le bord antérieur du foie, on reconnaît ensuite à la face inférieure du lobe carré, immédiatement en dedans de la vésicule biliaire, un second kyste de même aspect et de mêmes dimensions que le premier, auquel adhère une frange épiploïque. Ce kyste est traité comme le précédent. L'examen du reste de l'organe ne montre pas d'autre kyste affleurant sa surface ; mais le lobe gauche est très augmenté de volume et, en palpant attentivement sa face supérieure, on sent très haut, sous le diaphragme, une bosselure ferme et rénitente. Cette bosselure ne devient accessible que lorsqu'on a branché sur l'extrémité supérieure de l'incision verticale une incision transversale sectionnant le muscle grand droit du côté gauche et fortement relevé le rebord costal : on aperçoit alors la paroi blanchâtre du kyste ; on le ponctionne, puis on l'incise après formolage, on extrait la membrane hydatique et on suture la poche sans drainage. Ce troisième kyste, plus gros que les deux premiers, avait le volume de deux poings.

On explore enfin la face convexe du lobe droit, après avoir sectionné le ligament suspenseur et abaissé le foie : il n'y a pas de bosselure apparente à ce niveau, mais le lobe droit est certainement augmenté de volume dans sa partie supérieure. Une ponction exploratrice profonde, faite dans ce lobe, ramène du liquide hydatique clair ; on injecte par l'aiguille la solution de formol à 1 p. 100 et l'on se met en devoir d'inciser le kyste. Malheureusement, l'aiguille se déplace et l'incision du parenchyme hépatique, profonde de plusieurs centimètres, n'arrive pas sur le kyste. Une hémorragie extrêmement abondante se produit et, l'état de la malade devenant inquiétant, il faut renoncer à extirper cette quatrième poche. L'incision hépatique est fermée par une suture, par dessus laquelle on applique un tamponnement au moyen d'une mèche de gaze sortant par l'angle supérieur de l'incision abdominale. On reconstitue par une suture le ligament suspenseur et on ferme la plaie pariétale, sans drainer.

L'opération avait duré plus d'une heure et laissé la malade fortement choquée. Le soir même, apparaissaient les signes d'une infection suraiguë (fièvre, agitation) qui amena la mort au bout de 48 heures. Pas d'autopsie.

Si l'on réfléchit aux altérations du foie causées par la présence des kystes multiples et aux difficultés de l'opération, on s'expliquera aisément cette mortalité si considérable. Le développement des kystes réduit dans de fortes proportions le parenchyme hépatique et ce parenchyme lui-même est fréquemment altéré (Cranwell), d'où peut résulter un certain degré d'insuffisance hépatique. D'autre part, la suppuration de certaines des poches, qui est très habituelle (Guinard, Mauclaire), est encore un facteur de gravité.

L'opération de ces kystes multiples est toujours longue ; elle nécessite des manœuvres complexes qui multiplient les chances de fautes contre l'asepsie ; elle exige en tout cas une anesthésie prolongée, toujours dangereuse pour un foie malade. Les incisions plus ou moins nombreuses et plus ou moins profondes qui divisent le parenchyme hépatique pour aborder les kystes peuvent être la source d'hémorragies abondantes qui, en s'additionnant, réalisent une importante perte de sang : mon observation personnelle et plusieurs de celles rapportées à la Société de Chirurgie en sont des exemples.

(1) Peut-être même 15, car le résultat n'est pas indiqué dans l'une des observations de Mauclaire.

Il faut, en opérant, tenir compte de tous ces facteurs de gravité, s'arrêter même devant certaines difficultés trop grandes pour ne pas prolonger outre mesure la durée de l'intervention, pour éviter les trop grands délabrements du parenchyme hépatique. Plutôt que de compromettre la vie du malade en voulant, à tout prix, inciser tous les kystes, il faut, dans certains cas, se contenter de ponctionner les plus profonds : chez un malade, Tuffier incise un premier kyste et le réduit sans drainage ; il constate alors l'existence d'une seconde poche, mais l'opération a déjà été longue et le second kyste est profond ; il se contente donc de ponctionner ce kyste et d'y faire une injection de sublimé ; le malade guérit et resta guéri. Je suis persuadé que, si, dans mon cas personnel, je m'en étais tenu à la ponction et au formolage du quatrième kyste, sans essayer de l'ouvrir, ma malade n'aurait pas succombé.

On peut encore — et c'est probablement la méthode de choix lorsqu'il y a plusieurs kystes volumineux — les opérer *en plusieurs séances*. Posadas, au dire de Dévé, aurait suivi plusieurs fois cette conduite ; sans l'avoir jamais employée, Broca l'a recommandée à la Société de Chirurgie, au moins pour les cas où les kystes sont éloignés les uns des autres et ne peuvent être abordés par la même incision hépatique. Ehrlich a publié l'observation d'un garçon de 14 ans, porteur de 6 kystes hydatiques du foie, qui furent opérés en 3 séances par Payr, avec un plein succès. Delbet fit, chez un malade, successivement et à 20 jours d'intervalle, la réduction sans drainage de deux kystes volumineux et il obtint une guérison complète et rapide.

Cette pratique prudente, indiquée toutes les fois que l'état général du malade est médiocre ou que l'opération apparaît complexe et difficile, permettra sans doute de diminuer la gravité de l'intervention et d'améliorer sensiblement le pronostic des kystes hydatiques multiples du foie.

BACTÉRIOLOGIE

Procédés nouveaux de recherche du bacille de Koch ;

Par le docteur JOB
Médecin major de 2e classe,
Répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.

Rechercher le bacille de Koch dans les crachats est simple, et le procédé de Ziehl-Nelsen, utilisé dans ce but, mérite toute confiance. Cependant, dans ces derniers temps on s'est efforcé de le rendre plus efficace, en multipliant les bacilles sur les préparations ou en utilisant des procédés de coloration spéciaux.

Au cours de l'année 1908, Uhlenhuth constate que l'antiformine, mélange d'eau de javelle et de lessive de soude, jouit du remarquable pouvoir de dissoudre les humeurs, tissus et cellules à l'exception du seul bacille de Koch. Il montre en même temps que cette propriété peut être utilisée pour faciliter la recherche de ce germe dans les crachats ; au surplus, Hune, Meyer, Hasérodt, Seemann, Bernhard, Scheven en Allemagne, Jacobson en France, confirment la valeur du procédé et en préconisent l'emploi. Nous l'essayons nous-même depuis plusieurs mois et les résultats qu'il nous a fournis nous ont paru excellents. Aussi ne sera-t-il pas inutile d'en exposer ici la technique.

L'antiformine, comme nous venons de le dire, a été tout d'abord employée pour faciliter la découverte du bacille de Koch dans les crachats ; cette substance les dissout en effet d'une façon complète et par la centrifugation on peut réunir les bacilles dans un culot et les déceler très facilement. Nous utilisons la méthode suivante, conseillée notamment par Seemann : on fait une solution aqueuse d'antiformine à 15 % et on dilue le crachat dans 15 ou 20 fois son volume de cette solution, on agite de façon à mélanger crachat et solution, il se fait un dégagement gazeux assez abondant qui diminue pour cesser après 1/2 ou 3/4 d'heure. Après 1 heure environ, la solution est devenue homogène, légèrement trouble et jaunâtre. Si l'on s'est servi d'un verre à expérience, une légère sédimentation s'est faite à sa partie inférieure et rétrécie ; si elle tarde à se faire, on abaisse le poids spécifique du liquide en ajoutant un peu d'alcool fort. On prélève alors avec une pipette la partie la plus inférieure du mélange et on la soumet à une centrifugation vigoureuse ; on peut, si le dépôt est peu abondant, renouveler le liquide et procéder à plusieurs centrifugations pour augmenter le culot. Celui-ci est étalé sur lame, fixé par la chaleur et coloré par le procédé habituel, mais fréquemment il se détache au cours des diverses manipulations ; aussi est-il utile d'en assurer l'adhérence soit en utilisant l'albumine de Mayer, soit un peu du crachat qui est à examiner. Au surplus, le défaut d'adhérence tient à deux causes : l'alcalinité du milieu et sa teneur en sels. Ceux-ci se dissolvent lorsque l'on fait agir l'acide sulfurique, l'alcool absolu et l'eau, et les bacilles peuvent être de ce fait entraînés, aussi Hune recommande-t-il d'ajouter au culot 3 gouttes d'acide acétique, puis de laver deux ou trois fois à l'eau distillée.

Lange et Nitsche ont imaginé un procédé qui utilise la teneur en graisse des bacilles pour les entraîner avec de la ligroïne, ils doublent à peu près la solution alcaline homogène du crachat (obtenue par un procédé spécial) avec de l'eau ordinaire, y ajoutent quelques centimètres cubes de ligroïne, agitent très vigoureusement, mettent à l'étuve à 60 ou 65° pendant une demi-heure, puis prélèvent des particules de la couche sous-jacente à la ligroïne, les étalent sur une lame chaude et colorent ; la centrifugation est donc supprimée, Jacobson a obtenu de bons résultats du procédé de Lange et Nitsche.

Dans nos examens personnels, nous avons également constaté que les crachats traités par l'antiformine donnaient des bacilles beaucoup plus nombreux que si on les examinait directement. Dans un cas on eût dit que nous avions affaire à une véritable culture. Nous n'avons pas eu l'occasion de constater des bacilles après action de l'antiformine alors que l'examen direct n'en révélait pas, mais le fait se serait vraisemblablement produit si nos examens avaient été assez nombreux, car la multiplication des germes sur lame est telle que l'on doit les retrouver même lorsqu'ils sont rares. Nous assurons l'adhérence du sédiment à la lame au moyen d'une parcelle du crachat à examiner ou de notre propre salive, l'albumine de Mayer nous a en effet donné des résultats peu satisfaisants ; dans un certain nombre de cas, nous avons traité le culot par l'acide acétique, comme le veut Hune et nous avons effectivement obtenu une adhérence plus grande du sédiment, mais le lavage à l'eau distillée simple ou alcoolisée suffit dans la grande majorité des cas. Le procédé de Lange et Nitsche à la ligroïne nous a paru une complication inutile, la centrifugation nous ayant donné d'excellents résultats.

Le bacille de Koch ne serait pas mort après action de l'antiformine après une heure de contact avec la solution à 15 %, il peut donner des cultures s'il est ensemencé sur les milieux appropriés et comme il résiste seul à l'action du liquide, on comprend quelle facilité l'antiformine

apporterait à l'obtention de cultures pures. L'inoculation est également possible avec le culot de centrifugation et dans de bonnes conditions puisque les infections secondaires sont évitées et que l'on peut augmenter presque à volonté la dose injectée. Il faut seulement, lors des tentatives de culture ou d'inoculation, avoir soin de débarrasser le culot de l'antiformine par plusieurs lavages successifs dans l'eau salée physiologique.

L'antiformine agit non seulement sur les crachats, mais encore sur les tissus, nous avons pu, avec une solution à 25 ou 30 °/o agissant pendant 18 heures, dissoudre complètement un ganglion lymphatique, du foie, de la rate du testicule tuberculeux, et déceler des bacilles de Koch dans le produit de centrifugation.

Nous l'avons également utilisée une fois pour liquéfier du pus suspect d'être du pus tuberculeux, et 2 fois pour dissoudre un coagulum pleural, (solution à 15 ou 20 %), mais nous n'avons pas trouvé de bacilles dans le produit de centrifugation.

L'antiformine dissout également les matières fécales, si l'alimentation n'est point trop riche en cellulose ; mais il faut se préoccuper, ici surtout, de la présence possible d'acido-résistants

Enfin on a utilisé l'antiformine pour la recherche du bacille de Koch dans le sang, il s'agit là d'une question qui est à l'ordre du jour, et malgré que les procédés soient déjà assez nombreux (Bezançon, Griffon et Philibert Jousset, Lesieur, Loeper et Louste, Nattan-Larrier et Bergeron), il ne semble pas qu'ils aient toujours donné satisfaction puisque nombre d'auteurs cherchent à les améliorer. Seemann se sert de l'antiformine pour rechercher sur le cadavre le bacille dans le sang du cœur, et chez deux phtisiques, mort de généralisation, il a pu le déceler chez le vivant ; il conseille de prendre dans une veine du pli du coude 20 cm. de sang, de les verser immédiatement dans une solution d'antiformine à 15 %, avant coagulation, car le coagulum se dissout difficilement. Schnitter, tout récemment, a donné une technique de recherche du bacille dans le sang qui comporte également l'usage de l'antiformine, et c'est pour cette raison que nous la rapportons ici : il prélève 10 à 15 cm. de sang par ponction veineuse et les reçoit dans une quantité double de solution acétique à 3 % ou de solution citrique à 2 ou 3 %, on mélange et on laisse reposer une demi-heure. On centrifuge, et le culot est agité avec quelques centimètres cubes d'eau de façon à obtenir une émulsion homogène. On lui ajoute alors de 2 à 5 fois son volume d'une solution d'antiformine et on procède alors suivant la méthode que nous avons déjà indiquée.

On ne s'est pas contenté dans ces dernières années de rechercher et, avec succès semble-t-il, des procédés facilitant la recherche du bacille de Koch par la méthode de Ziehl ; Much, en plusieurs publications, a insisté sur une méthode qui permettrait de mettre en évidence une forme particulière du bacille de Koch, forme qui ne se colorerait pas par le procédé de Ziehl, mais par une méthode de Gram modifiée ; cette variété du bacille de Koch pourrait révéler alors une forme bacillaire proprement dite, une forme granuleuse, dans laquelle les granulations sont placées les unes à la suite des autres, et dessinent encore la forme générale du bacille, une forme granuleuse enfin, dans laquelle ces granulations sont séparées les unes des autres, et ressemblent sur la préparation à des grains de poussière. Much a démontré par l'inoculation et la culture qu'il s'agissait bien de tuberculose, il a en effet reproduit cette affection chez l'animal et a constaté d'autre part que sur les milieux artificiels, on pouvait voir la forme granuleuse se transformer en la forme habituelle du bacille de Koch, reprendre sa propriété de résister à la décoloration par les acides. Les constatations de Much vont à l'encontre des idées de Behring qui pensait que la transformation granuleuse du bacille de Koch était fonction de la destruction du germe. Aussi bien Wirths, Fontes admettent les idées de Much et pensent qu'il s'agit d'une forme de résistance du bacille.

La technique de Much est très spéciale et il nous faut tout d'abord l'indiquer, il en existe 3 variétés.

I° a) Coloration au violet de gentiane aniliné.

b) Faire agir la solution de lugol ;

c) Décolorer à l'alcool absolu et à l'essence de girofle.

II° a) Coloration à chaud ou pendant 24 ou 48 heures à l'étuve à 37 ° avec une solution préparée de la façon suivante : on prend 10 cc. d'une solution saturée de violet de méthyle B N dans l'alcoolu absolu et on la dilue dans 100 cm. d'une solution phéniquée à 2 % ;

b) Faire agir pendant 1 à 5 minutes la solution iodo-iodurée.

c) Laver à l'eau ;

d) Faire agir pendant 1 minute une solution d'acide nitrique à 5 % ;

e) Faire agir pendant 10 secondes une solution d'acide chlorhydrique à 3 %.

f) Décolorer par l'alcoolacétone à parties égales.

III° a) Coloration par le violet de métlyle B N suivant la méthode indiquée ci-dessus ;

b) Laisser en contact pendant 2 minutes avec une solution d'iodure de potassium dans l'eau oxygénée (iodure de potassium 5 gr. ; eau à 2 % 100 c.).

c) Décolorer par l'alcool absolu.

De l'avis des bactériologues qui ont vérifié les données de Much, la deuxième variété de sa technique est incontestablement la meilleure.

Les resultats fournis par la méthode de Much doivent être envisagés séparément pour les crachats, le pus et les tissus.

Dans les crachats, elle permet de déceler des bacilles de Koch alors qu'on n'en trouve pas par les procédés habituels. Dans une étude où sont consignés les résultats de l'usage combiné de l'antiformine et de la méthode de Much, Weihrauch montre que sur 100 crachats examinés au point de vue de la présence du bacille de Koch, le Ziehl lui a donné 16 résultats positifs, le Ziehl après antiformine 52, enfin la méthode de Much après antiformine, 72. Schultz, de son côté, a constaté que chez des tuberculeux qui, au Ziehl, présentaient des bacilles dans les crachats d'une façon intermittente, on pouvait trouver d'une façon constante la forme spéciale décrite par Much. Nous avons nous-même constaté dans les crachats bacillifères les formes décrites par Much ; néanmoins nous n'avons pas une pratique assez longue de la méthode pour oser affirmer la présence du bacille de Koch dans les crachats par la seule constatation de la forme granuleuse. Les crachats contiennent en effet des cocci, des particules de substances diverses qui peuvent donner le change avec la forme granuleuse, disséminée, poussiéreuse de Much. Les bacilles qui ont gardé leur forme, ceux qui sont composés de granulations juxtaposées, sont, sans doute, plus facilement reconnaissables, d'autant que, comme l'a montré Weiss, ces granulations sont beaucoup plus petites que les cocci ; elles ont des contours extrêmement nets et sont colorées en violet-noir. Malgré ces caractères, on est obligé avec Liebermeister et Schottmüller de faire encore quelques réserves et d'attendre de nouvelles confirmations pour pouvoir attribuer une valeur diagnostique à la

constatation de la présence de la forme granuleuse du bacille de Koch dans les crachats.

Dans le pus d'abcès froid, les causes d'erreur sont déjà moins nombreuses. Weiss a particulièrement étudié ce point de vue et dans 8 cas de ganglions caséeux ou crétacés, dans lesquels on n'avait pu déceler de bacilles de Koch par la méthode de Ziehl, il a trouvé la forme spéciale décrite par Much. Le fait présente un gros intérêt. Nous avons, de notre côté, dans un cas, et alors que par la méthode de Ziehl on n'avait trouvé qu'un seul bacille tuberculeux, pu constater la forme granuleuse de Much, l'inoculation au cobaye a été positive.

Nous avons également recherché si dans les organes tuberculeux on pouvait déceler la forme granuleuse du bacille, alors que l'on y trouvait ou que l'on n'y trouvait pas la forme acido-résistante ordinaire. Nous avons coloré nos coupes à l'étuve à 37° pendant 24 heures ; nous avons tout d'abord utilisé des coupes d'organes dans lesquels, par le procédé de Kühne, nous avions mis en évidence des bacilles de la tuberculose par la méthode n° 2 de Much ; nous avons également constaté des formes bacillaires colorées en violet très foncé ; des formes granuleuses composées de grains juxtaposés, et la forme de grains disséminés comme des grains de poussière ; bien plus, dans un ganglion lymphatique, une rate, un testicule, dans lesquels, par la méthode de Kühne, nous n'avions pas trouvé de bacille de Kock, nous avons retrouvé les formes spéciales décrites par Much ; nous ne nous sommes, du reste, jamais contenté de la constatation de grains isolés pour conclure à un résultat positif, mais nous avons toujours exigé pour cela la présence de plusieurs petites granulations juxtaposées, 3 ou 4 au moins. Histologiquement, les coupes examinées étaient tuberculeuses. Au reste, un travail récent de Caan a également montré que la méthode de Much peut déceler la tuberculose là où le Ziehl est insuffisant ; il a coloré les mêmes crachats, les mêmes coupes par le Ziehl, la méthode d'Herman et la méthode de Much, et il a constaté que des trois, la méthode de Ziehl est celle qui montre le moins de bacilles, que la méthode d'Herman est celle qui décèle le mieux la présence des bacilles granuleux et des bacilles ordinaires, et que c'est la méthode de Much qui révèle le plus grand nombre de granulations. Non seulement la méthode de Much permettrait des constatations positives dans le cas de lésions tuberculeuses, mais elle permettrait même de déceler la forme latente du bacille. On sait quelle importance on attribue aujourd'hui à cette forme latente pour expliquer la genèse de la maladie ou même certaines formes de l'infection tuberculeuse. Or, Wolf a pu précisément démontrer la présence de la forme granuleuse de Much dans des ganglions lymphatiques ne présentant anatomiquement que l'hyperplasie décrite par Bartel. Le Ziehl n'avait permis de constater aucune forme bacillaire et cependant l'inoculation au cobaye prouva que le bacille de Koch était bien présent dans ces ganglions.

En somme, on peut dire que : 1° le traitement préalable des crachats, humeurs et tissus par l'antiformine facilite beaucoup la recherche du bacille de Koch ; 2° La méthode de Much n° 2 permet de mettre en évidence dans les crachats, humeurs et tissus tuberculeux une forme granuleuse de bacille de Koch dont l'inoculation a déjà, à plusieurs reprises, démontré la nature tuberculeuse. Cette forme est délicate à reconnaître et il sera nécessaire que des inoculations de contrôle soient encore faites en grand nombre pour s'assurer définitivement et d'une façon certaine de sa nature.

BIBLIOGRAPHIE

Bartel. — *Wiener Klin. Woch.*, 1905, n° 14.
Behring. — *Tuberculosis*, tome 6, 1907.
Bernhardt. — *Deuts. med. Woch.*, 1909, n° 33.
Caan. — *Zentral. Bakt.*, tome 49, f. 5.
Fontes. — *Zentral. f. Bakt.*, tome 49, f. 3.
Geipel. — *Munch. med. Woch.*, 1909, n° 22.
Haserodt. — *Hygien. Rundschau*, 1909, n° 12.
Herman. — *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1908.
Hune. — Militärätzl. Gesellsch. in Stettin, 26 nov. 1908.
Hune. — *Hygien. Rundschau*, 1908, n° 18.
Hne. — *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 41.
Jacobson. — Comptes rendus de la Société de Biologie, 13 nov. 1909.
Lauge et Hitsche. — *Deutsch. med. Woch.*, 1909, n° 40.
Liebermeister. — *Deutsch. med. Woch.*, 1909, n° 28.
Meyer. — *Tuberculosis*, 1909, n° 2.
Michaelides. — *Beits. zur. Klinik der Tuberbr.*, T. 8, f. 1.
Much. — *Beits. zur. Klinik der Tuberk.*, T. 8, f. I.
Much. — *Beits. zur. Klinik der Tuberk.*, T. 8, f. 4.
Much. — *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 14.
Schevers. — *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 37.
Schnitter. — *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 36.
Schottmuller. — Aerztl. Vereins. in Hambourg., 30 juin 1908.
Schultz. — *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 36.
Seemann. — *Berl. klin. Woch.*, 1909, n° 14.
Thilenius. — *Berl. klin. Woch.*, 1909, n° 25.
Trenholtz. — *Med. Record*, January, n° 1908.
Ulhenhuth. — Vortrag auf der reien Vereins. f. Mikrob vom 11 juin 1908.
Uhlenhuth et Xylander. — *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 29.
Weihrauch. — *Zeitsch. f. Tuberk.*, T. 14, f. 5.
Weiss. — *Munch. med. Woch.*, 1909, n° 9.
Wirths. — *Munch. med. Woch.*, 1908, n° 32.
Wolf. — *Munch. med. Woch.*, 1909, n° 45.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des « Cliniques » du Prof. Dieulafoy.

Dans un précédent Bulletin, j'avais cherché à dégager la « manière littéraire », si curieuse, qui fait, des leçons de Dieulafoy, comme de son admirable petite Pathologie Interne, des modèles inimitables d'enseignement médical.

J'avais, notamment, cherché à mettre en évidence la puissance incomparable d'évocation, qui fait revivre, sous les yeux, des scènes cliniques, avec le mouvement et l'intensité de leur vie réelle, dans le raccourci qu'exige, pour le théâtre comme pour l'amphithéâtre, le peu de temps dont on dispose.

Mais le portrait du maître resterait incomplet si l'on ne montrait pas, à côté de l'admirable enseigneur, dont les leçons, orales ou écrites, ont formé plusieurs générations d'étudiants, le savant clinicien qui a fait œuvre durable et féconde et fixé des types morbides définitifs. Je n'ai pas la prétention d'analyser cette œuvre, mais je voudrais, en quelques mots, en rappeler la vigueur et l'originalité.

Un des premiers et des plus beaux fleurons de cette œuvre est la méthode de la thoracentèse, avec l'aspirateur découvert en 1869. Nous tous, qui journellement nous en servons, et qui depuis, ponctionnons, un peu à tort et à travers, toutes les cavités de l'organisme, nous ne devons pas oublier qu'elle date, en réalité, de Dieulafoy.

C'est grâce à cette technique que la description minu-

tieuse des pleurésies simples, hémorragiques, suppurées, putrides, totales, interlobaires ou médiastinales, a pu être faite avec la maîtrise que l'on sait.

D'autres travaux célèbres ont porté sur le rein, sur le brightisme et ses petits signes, travaux actuellement classiques et tombés dans le domaine public.

Relativement au tube digestif, on connaît les mémorables communications sur l'appendicite et son traitement d'urgence, sur les ulcérations de l'estomac, sur les pancréatites hémorragiques.

C'est d'ailleurs une des particularités des plus curieuses de Dieulafoy que de s'être attelé à des problèmes médico-chirurgicaux, comme si le besoin de clarté et d'extériorisation, que nous avons vu dans son enseignement, le poussait aux explorations chirurgicales, et comme si son activité proverbiale lui faisait un peu regretter de n'être pas, lui-même, chirurgien.

Le dernier volume de ses Cliniques le montre toujours aussi vert, aussi enthousiaste, aussi utile.

Professionnellement, Dieulafoy apparaît comme une haute et noble figure, devant laquelle chacun doit s'incliner avec respect, au moment où, très dignement, il va descendre de sa chaire, dans toute sa splendeur, et avec l'éclat que lui ajoute encore la présidence de l'Académie de médecine. CLAP.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment arrêter une Épistaxis ;

Par H. BOURGEOIS,
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.

1° **Epistaxis peu abondante.** Placer le malade dans un endroit frais, assis, la tête haute ; le débarrasser des vêtements qui peuvent lui enserrer le cou et gêner la circulation en retour.

L'hémorragie est due presque toujours à la rupture d'une artériole de la partie antérieure de la cloison. Introduire un tampon d'ouate hydrophile à l'entrée non pas de la narine, mais des fosses nasales. Ce tampon aura été imbibé d'eau oxygénée chaude à 12 vol. ou d'une solution à 50 % d'antipyrine dans l'eau chaude.

Par l'intermédiaire de l'aile du nez, on exercera avec le doigt une compression modérée sur le tampon.

S'il y a récidive, un examen et un traitement rhinologiques seront nécessaires et effectués aussitôt que possible après l'hémorragie.

On verra sur la partie antérieure du cartilage quadrangulaire une ou plusieurs petites ramifications artérielles variqueuses ; sur leur trajet un petit caillot brun indique le siège de l'hémorragie récente.

Application d'un coton imbibé de cocaïne à 1/10. En enlevant le coton, on enlève le caillot, sans faire saigner autant que possible.

On cautérise le point qui a saigné et ensuite les points variqueux sur le trajet des petites artères, soit avec le galvanocautère au rouge sombre, soit avec une perle d'acide chromique ou de nitrate d'argent.

L'acide chromique donne une eschare jaune, le nitrate d'argent donne une eschare grise.

Ne pas toucher à cette eschare. Le malade évitera de se moucher ; il mettra 2 fois par jour une petite quantité de vaseline boriquée.

Pour confectionner la perle de nitrate ou d'acide chromique, il faut prendre un petit stylet boutonné (une épingle à cheveux redressée fait très bien l'affaire) ; on chauffe l'extrémité au rouge, on approche au contact d'un crayon de nitrate ; une certaine quantité de nitrate fond, coule le long du stylet, adhère au bouton terminal et s'y solidifie par refroidissement ; ou bien on plonge l'extrémité du stylet dans un flacon contenant des cristaux d'acide chromique, 2 ou 3 petits cristaux adhèrent à la tige, on les approche d'une petite flamme, ils fondent : on retire la tige, son extrémité étant toujours tenue en bas ; l'acide chromique recouvre d'une couche égale le petit bouton : la perle d'acide chromique est faite.

2° **Hémorragie abondante.** a) Aussitôt arrivé près du patient, on l'invitera à souffler par la narine qui saigne pour évacuer les caillots, et on achèvera le nettoyage sous le contrôle du miroir et du spéculum avec des porte-coton. Ne pas se préoccuper si ces manœuvres augmentent momentanément l'hémorragie.

b) Toujours en s'aidant du spéculum, on tamponne la partie antérieure des fosses nasales, siège présumé de la plaie artérielle. Ce tamponnement est effectué à l'aide de tampons d'ouate imbibés d'eau oxygénée. Ces tampons sont étagés de bas en haut.

L'épistaxis s'arrête ou diminue, le malade se rassure ; le médecin prépare une perle de nitrate d'argent ou d'acide chromique.

c) Il s'agit maintenant par une cautérisation d'obturer la petite artère qui saigne, la difficulté est de découvrir le siège précis de la lésion.

La malade étant assis de préférence, on enlève lentement et successivement les tampons de coton placés tout à l'heure ; on commence par le plus haut situé, qui est aussi le dernier placé. Ce faisant, on regarde atteint vement la cloison à mesure qu'elle se découvre aux yeux, pour cautériser le point où apparaîtra le sang.

Cette cautérisation faite, on enlève très doucement les autres tampons en cautérisant à nouveau, si besoin est.

Si l'hémostase est arrêtée, on laissera le malade ainsi, sans tamponnement.

Il reniflera une petite quantité de vaseline cocaïnée à 1/50 pour prévenir les éternuements.

Il gardera l'immobilité, assis la tête haute, se nourrira exclusivement d'aliments liquides, pris en quantité modérée. Si des sensations de battement dans les narines, de bouffées de chaleur au visage, annoncent le retour d'une hémorragie : compresses d'eau glacée sur le front et le dos du nez, bains de pieds très chauds, salés ou sinapisés.

d) Soit par inexpérience de l'opérateur, soit par suite de la trop grande abondance de l'hémorragie les caustiques ne réussissent pas à arrêter l'écoulement du sang : on aura, dans ce cas, retour au tamponnement antérieur pratiqué comme nous le dirons tout à l'heure.

e) Après la cautérisation comme après le tamponnement, on se demandera par l'examen de l'appareil cardio-vasculaire, des reins, du foie, si l'hémorragie procède d'un état général et on agira en conséquence.

Hémorragie grave. — Relève toujours d'un état général avec grande hypertension artérielle ou retard de la coagulabilité sanguine.

Le médecin devra ne quitter le lit du malade qu'avec la certitude que l'hémorragie ne se reproduira pas derrière lui ; un tamponnement bien fait est nécessaire.

Ce tamponnement peut être effectué avec une grande commodité à l'aide du ballon de Gariel, perfectionné et remis en honneur par Georges Laurens.

Le ballon dégonflé, enduit extérieurement de la pommade cocaïnée adrénalisée :

Chlorhydrate de cocaïne	0.10 centigr.
Solut. officinale d'adrénaline	2 centigr.
Lanoline / Vaseline	āā 5 gr.

est introduit le long du plancher des fosses nasales au moyen de la pince à mors lisses de Lubet-Barbon.

Il est ensuite gonflé avec une pression juste suffisante pour qu'il reste en place.

Au bout de 24 heures, on enlève le lien ou la pince qui maintenait le ballon gonflé, et on le retire doucement.

Faute de ballon on tamponnera avec de la gaze :

Des bandes de 1 cent. de large, de 8 cent. de long seront taillées dans de la gaze à la ferripyrine ; sinon dans de la gaze iodoformée, ou dans de la gaze stérilisée.

Le malade est couché la tête basse à cause de son état syncopal. Sous le contrôle du miroir et du spéculum, la pince de Lubet-Barbon conduit le long du plancher nasal l'extrémité d'une première lanière du gaz jusque près de la choanne, l'autre extrémité doit rester visible par l'orifice narinal. La pince est retirée, puis réintroduite fermée, pour servir à tasser légèrement la gaze contre le plancher.

Une deuxième lanière est placée et tassée au-dessus de la première et ainsi de suite. Les dernières sont placées sans spéculum, obliquement en haut et en arrière.

Au bout de 5 à 10 minutes, l'épistaxis doit être arrêtée ; pour s'en assurer on regarde attentivement la gorge du malade et l'on cherche si une goutte de sang ne tombe pas de la pointe de la luette ou ne glisse sur la face postérieure du pharynx ou une de ses parois latérales.

Le tampon doit rester en place 48 heures. S'il était retiré plus tôt, l'hémorragie risquerait de reparaître ; plus tard, il y aurait menace de complications infectieuses.

Pour retirer le tampon, le malade est couché sur le dos sans oreiller ; avec une cuiller à café flambée, on verse sur l'extrémité antérieure du tampon de l'eau oxygénée boriquée ; la pince commence à ébranler une première lanière de gaze ; dès qu'on a pu la tirer à soi sur une certaine étendue on verse dans l'espace libre ainsi formé dans le nez une nouvelle quantité d'eau oxygénée et ainsi de suite.

Ce décollement progressif par l'eau oxygénée, en même temps qu'il est antiseptique, permet de détamponner sans douleur et sans hémorragie.

Traitement général. — Injection d'huile camphrée, de caféine en cas d'état syncopal. Réchauffer le malade, le oucher la tête base. Donner à boire par petites quantités du lait coupé.

Les injections de sérum sont indiquées pour les grandes hémorragies traumatiques. Pour les hémorragies spontanées, on ne les pratiquerait qu'au cas de faiblesse du pouls. Bien souvent, malgré la perte de sang, le pouls reste fort et tendu, il serait alors dangereux d'augmenter encore la tension sanguine par une injection intempestive qui réveillerait l'hémorragie. Les injections salines sont dangereuses s'il y a néphrite. Donc, seulement en présence d'un état général grave, d'un pouls petit et faible, on pratiquera une injection de sérum physiologique. On ne dépassera pas 150 à 200 centimètres cubes en une seule dose, qui pourra être répétée après quelques heures.

Enfin, nous avons l'habitude de prescrire :

Chlorure de calcium	4 gr.
Sirop de punch	40 gr.
Julep gommeux	80 gr.

à prendre par cuillerées à soupe, une toutes les 4 heures.

Ultérieurement : traitement de la maladie causale. Régime reconstituant, fer, viande crue, œufs, dans la mesure où l'état général l'autorise.

Tamponnement postérieur

Nous n'avons pas décrit le tamponnement postérieur classique ; personnellement nous ne l'avons jamais pratiqué.

Il consiste, on le sait, à emprisonner le sang dans une fosse nasale entre deux tampons obstruant l'un l'orifice antérieur, l'autre l'orifice postérieur. Le tampon ne comprime pas directement l'artère qui saigne.

Le tampon postérieur, par contre, appuie directement sur la trompe, il ne tarde pas à devenir un excellent milieu de culture ; l'infection de la trompe, de l'oreille moyenne, de la mastoïde en résulte trop souvent.

Cette raison seule suffit à proscrire le tamponnement postérieur.

Cependant, nous devons supposer un praticien se sentant incapable, faute d'instruments ou d'expérience, de tamponner les fosses nasales comme nous l'avons recommandé ; si l'hémorragie est grave, périsse le principe plutôt que le malade. Le médecin aura recours au vieux procédé.

Il se procurera :

Une pince ;
Une sonde uréthrale en gomme ;
De la gaze iodoformée ;
Une paire de ciseaux.

Avec la gaze iodoformée, et en suivant les règles d'une asepsie parfaite, il préparera 2 tampons, l'un destiné à obturer la narine, l'autre la choanne.

Ce dernier est taillé du volume approximatif de la 3e phalange du pouce du malade (Zarniko, Lermoyez). Il est entouré et lié par deux fils, par le milieu des fils en sorte qu'on voit pendre 4 chefs, dont 2 seront antérieurs, 2 postérieurs.

La sonde est introduite doucement le long du plancher nasal jusque dans le pharynx : le malade ouvre la bouche on abaisse la langue avec une cuiller tenue de la main gauche, la main droite, armée de la pince, attire au dehors l'extrémité de la sonde apparue derrière la luette.

Les 2 chefs antérieurs du tampon sont fixés à la sonde ; la sonde est retirée alors par le nez entraînant avec elle les fils, puis le tampon. Celui-ci est guidé derrière le voile avec l'index gauche.

On ancre solidement le tampon dans la choanne, on libère la sonde, on place le tampon antérieur dans la narine et par dessus on noue les deux fils antérieurs.

Les fils postérieurs, qui sortent par la bouche, sont fixés à la joue, au moyen d'une petite bandelette d'emplâtre, de collodion, etc.

Ces fils postérieurs vont servir au détamponnement : après section des fils antérieurs, ablation du tampon narinal, l'index gauche est introduit dans la bouche, face dorsale en haut, de manière à charger les fils postérieurs avec l'ongle. Cela, pour faire poulie de réflexion, pour que le tampon soit attiré de haut en bas, derrière le voile.

La main droite tire sur les fils ; le tampon vient aisément, surtout si on a introduit au préalable de l'eau oxygénée par les narines.

Quand doit-on détamponner ?

Le plus tôt possible : dès que les circonstances permettront d'effectuer le tamponnement vrai de la fosse nasale, on enlèvera le tampon postérieur. Le danger d'otite est trop grand pour être négligé.

REVUE DES JOURNAUX

Infiltration d'urine.

L'infiltration d'urine n'est pas autre chose qu'un phlegmon diffus périuréthral, dont l'éclosion nécessite trois facteurs : une lésion uréthrale initiale, un microbe, un intermédiaire permettant aux germes septiques de passer dans les couches superficielles.

Il faut traiter d'abord le phlegmon, ensuite la lésion uréthrale initiale.

1° Traitement du phlegmon. C'est *l'incision*. Elle doit être *immédiate* : les instants sont précieux, tout retard aggrave le pronostic. Le malade de M. Legueu a été opéré dix minutes après son entrée dans le service, et c'est très certainement à l'intervention hâtive qu'il a dû son salut.

Les incisions doivent être *multiples* ; 2 sur la verge, une à droite et une à gauche, deux sur le scrotum, placées de même manière, trois à l'hypogastre, une médiane et deux latérales, davantage pour peu que cela soit nécessaire.

Elles doivent être *profondes* : il faut aller jusqu'à la couche aponévrotique sans la dépasser : au niveau du scrotum, on doit sentir les testicules avec le doigt introduit dans la plaie, mais l'incision respectera les enveloppes propres de l'organe ; au niveau de l'abdomen, le bistouri ne s'arrêtera que sur l'aponévrose du grand oblique.

Largeur et profondeur des incisions n'empêchent pas la réparation de se faire parfaitement. L'opéré de M. Legueu est en excellent état. On a pu voir chez des malades dont les testicules étaient complètement dénudés pendant des semaines par le sphacèle à peu près total de leurs enveloppes, ces enveloppes se régénérer tout à fait.

Après la périuréthrite, il faut traiter la lésion uréthrale cause des accidents. Mais il faut bien se garder de toucher au canal d'emblée. Un pareil traitement serait inutile et dangereux : inutile parce que la simple incision du phlegmon fait tomber l'infection et que la vessie reprend dès lors sa contractilité ; dangereux, parce que l'on mettrait une plaie récente au contact d'un foyer ultra-septique.

Le traitement du rétrécissement uréthral ne sera donc entrepris qu'après la guérison du phlegmon périuréthral. Dans le cas actuel, on explorera le canal avec soin et l'on sera peut-être conduit à pratiquer dans quelque temps une uréthrotomie interne. (LEGUEU. *Journal des praticiens*. 22 janvier 1910, p. 49.)

Les cautères dans le traitement des cardiopathies chroniques.

On peut dire que le cautère trouve son indication dans toutes les cardiopathies valvulaires où le cœur est épuisé, dans toutes les cardiopathies où le cœur est douloureux. Il a paru que, chez les cardiopathes artériels et, d'une façon générale, chaque fois qu'on applique un cautère pour calmer des phénomènes douloureux (cœurs névropathiques, par exemple), l'action du cautère s'adressait uniquement au symptôme douleur ; le pouls et la tension artérielle étaient peu modifiés. Au contraire dans les cardiopathies valvulaires (insuffisance mitrale surtout), le pouls devient plus régulier, plus fort et la tension artérielle remonte notablement.

Pour obtenir du cautère tous ses avantages on le maintient suppuré aussi longtemps qu'on le juge nécessaire. D'une façon générale, on ne prolonge pas sa durée plus de six semaines à deux mois, car l'habitude acquise par l'organisme entraîne une diminution dans ses effets. Il y a avantage, pense M. Nodenot, à n'employer le cautère sur un même sujet qu'à des intervalles assez éloignés (six mois, une année).

Il faut remarquer enfin que beaucoup de malades savent si bien apprécier l'avantage de cette médication qu'ils reviennent de temps en temps d'eux-mêmes demander une nouvelle application.

D'ailleurs, dans la majorité des cas, l'amélioration du malade se maintient pendant une assez longue durée pour que le médecin ne soit pas tenté de réitérer trop souvent ce genre de traitement. (Thèse NODENOT., an. in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.)

La hernie et les accidents du travail.

Et d'abord n'oubliez pas un point capital et qui, à lui seul, arrête le plus grand nombre de réclamations injustifiées : recherchez dans votre expertise s'il y a accident au sens juridique du mot. Il est de toute évidence que, pour que la loi sur les accidents du travail joue, il faut un accident à la base. Et cet accident ne doit pas être, s'il s'agit d'effort et de hernie, l'effort ordinaire que réclament les actes habituels de la profession. Je pétrissais mon pain, nous dit un boulanger, je soulevais un rail, nous dit un employé des chemins de fer, ou je poussais un wagon. Insistez, demandez si la pâte, si le rail, si le wagon différait ce jour-là de ce qu'il était les autres jours, ou si, un point d'appui manquant tout à coup, on a raidi violemment et sans mesure les muscles pour éviter une chute. Mais si vous ne notez rien de spécial, il n'y a pas eu accident : les efforts habituels peuvent bien produire une hernie, mais cette hernie rentre alors dans les maladies professionnelles que ne protège pas la loi du 9 avril 1898.

Eh bien ! cette simple recherche de l'accident — et nos statistiques sur ce point concordent avec celles de Paul Berger, — vous permettra d'écarter plus de la moitié des revendications injustifiées. Mais n'oublions pas que dans une autre moitié des cas, l'accident est incontestable : il y a eu un effort violent, tumultueux, exceptionnel ; le blessé, portant une lourde charge, a glissé et, pour se retenir, éviter une chute, il ajoute un effort nouveau à son effort actuel. Cela vous suffira-t-il pour en conclure que la hernie est bien une hernie qu'une rente doit indemniser ? Pas toujours, et vous devez continuer à lire l'enquête et les dépositions des témoins.

Vous y verrez en effet que, dans nombre de cas, le blessé n'a pas ressenti de douleur bien vive, à peine une tension dans le pli de l'aine. Parfois, il a accusé une véritable souffrance, mais qu'il a pu surmonter immédiatement, au bout de quelques quarts d'heure de repos. Ce n'est pas ainsi que se passent les choses dans une véritable hernie forçant des anneaux même « prédisposés ». En se frayant violemment un passage, elle provoque une douleur syncopale telle que l'ouvrier s'affaisse, pâle, recouvert de sueur, le corps courbé par la souffrance ; il ne peut reprendre son travail et il est nécessaire de l'emporter chez lui où le médecin appelé constate l'existence d'une hernie. On ne compte plus les expertises où cette absence de douleur, la reprise immédiate du travail, ont suffi pour débouter l'ouvrier qui, porteur, conscient ou inconscient, d'une hernie professionnelle, avait voulu, consciemment ou inconsciemment, la mettre sur le compte d'un accident incontestable qu'il venait de subir.

Ce n'est pas tout, et même si un véritable fourbe — et en dix ans d'expertises, nous n'en avons pas rencontré un seul de cette trempe — simulait un accident et des douleurs intolérables provoquées par cet accident ; si une enquête du juge de paix donnait à cette double comédie la sanction d'un acte officiel, l'expert sagace ne serait pas encore joué ; il a le devoir de rechercher si la hernie n'était pas *préexistante*. Et pour cela, il s'enquerra du passé du blessé : a-t-il fait son service militaire ? est une des premières questions que l'on pose et l'on demande communication du dossier militaire. Mais, comme l'a fait remarquer justement le Dr Barbière, les renseignements qu'il donne sont bien incomplets et l'on n'oubliera pas, d'ailleurs, que l'ancienne loi militaire exemptait, mais ne réformait pas, les jeunes gens atteints de hernies petites et facilement contenues et que la nouvelle loi ne les exempte ni ne les réforme : on les opère.

(RECLUS. *Journal des Praticiens*, 29 janvier 1910, p. 65.)

Traitement des asthénies chroniques

Les *phosphates* sont, dans les asthénies, le médicament classique et un peu banal. Leurs effets pour stimuler les cellules nerveuses et pour contrebalancer les déperditions si fréquentes dans la phosphaturie sont incontestables. Pour arriver au maximum de résultats, il faudra, en première ligne, réduire ces déperditions au minimum. On y parvient par le repos physique et moral, par le sommeil prolongé qui, d'après les analyses d'Armand Gautier, réduit l'excrétion phosphatique d'un neuvième par rapport à l'état de veille ; enfin, grâce à l'action d'épargne de certains aliments : graisses, huile de foie de morue, substances collagènes et gélatineuses, sucre et féculents. Cette

action d'épargne constituerait même, pour E. Bischoff, le meilleur facteur dans l'effet reconstituant de l'huile de foie de morue, si efficace quand elle est bien tolérée par l'estomac.

En seconde ligne, on s'attachera à donner les phosphates plutôt sous la forme naturelle d'aliments que sous la forme médicamenteuse. La tisane de céréales riche en lécithine végétale, le lait, le vin, la bière, le cidre, l'extrait de malt — qui renferme jusqu'à 8 gr. de phosphate par litre — constituent les boissons les plus utiles, comme composition phosphatique. Parmi les aliments solides sont : le pain, et surtout le pain bis, toutes les légumineuses (lentilles, fèvres, pois, haricots), quelques fruits (amandes, pommes et surtout raisin) ; enfin, les huîtres, qui renferment les phosphates calcaires sous une forme très assimilable, et les jaunes d'œufs qui contiennent 3.43 % de lécithine. Les cervelles en contiennent 3,16 %. La moelle osseuse jeune recueillie au niveau des cartilages costaux est très riche, non seulement en lécithine, mais en nucléine. Mangée crue, elle a peut-être une action spéciale augmentant beaucoup son efficacité.

La troisième règle est de choisir, parmi les phosphates médicamenteux, d'une part les plus solubles : phosphate de soude, lactophosphate, chlorhydrophosphate de chaux, hypophosphites, d'autre part les phosphates en combinaison organique (glycérophosphates, lécithine, nucléine, etc.). Le phosphate de soude offre quelques indications spéciales. Il est facile à prendre à hautes doses (5 à 10 gr.) le matin. et son effet laxatif offre un avantage réel dans les cas de constipation. Dans le diabète, il parait non seulement combattre l'asthénie, mais diminuer la glycosurie. Enfin, sous forme d'injections hypodermiques, Luton en faisait le spécifique des asthénies par surmenage intellectuel. Il l'associait, dans sa formule, au sulfate de soude.

Phosphate de soude	6 gr.
Sulfate de soude	10 gr.
Eau distillée	100 gr.

Faites tous les deux ou trois jours, à dose de 5 à 10 cc., ces injections sont très bien tolérées.

L'acide phosphorique, donné à dose de VIII à X gouttes aux repas, dans un verre de liquide, stimule l'appétit, combat l'atonie stomacale et produit, mieux que toutes les autres préparations, une sensation d'entrain, de bien-être, de gaieté. En cas d'hyperacidité gastrique, il détermine parfois de la gastralgie. On ne doit pas non plus le donner en même temps qu'un traitement arsenical. Cette association est presque toujours fort mal tolérée. (Plicque. *Bulletin, médical*, 29 janvier 1910, p. 99.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 janvier 1910.

M. **Routier**, en prenant possession du fauteuil de la présidence, remercie ses collègues de l'avoir appelé à diriger cette année les travaux de la Société.

Après ce bref discours, il se voit dans l'obligation de lever la séance par suite des progrès de l'inondation. L'eau vient en effet de faire irruption rue de Seine devant le siège de la Société et la progression rapide de cette invasion oblige à lui céder la place.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 janvier 1910.

Paralysie faciale d'origine otitique avec perversion du goût et altérations oculaires secondaires (*présentation de malade*). — M. **François Dainville** montre, chez la malade qu'il présente, des altérations très remarquables du goût, du côté droit de la langue, consistant en une agueusie complète pour les substances amères (quinine) ou salées, et en paragueusie pour le sucre (sensation salée). La corde du tympan est intéressée dans cette paralysie de la septième paire, liée à une otite chronique très ancienne, remontant à la première enfance ; le leucome de la cornée droite est consécutif à l'épiphora. L'irritation chronique du trijumeau explique les douleurs faciales.

Vieillesse et longévité (Présentation d'ouvrage). — M. **Rœser** a cherché à établir que, impuissants contre la vieillesse et la mort, nous sommes cependant armés pour la conquête d'une longévité relative que nous pouvons acquérir à l'aide de moyens hygiéniques dont l'efficacité sera d'autant plus grande que les générations successives s'y soumettront avec plus de soin.

Thyroïdite aiguë primitive suivie d'insuffisance thyroïdienne. — M. **Pierre Ménard** a vu se produire les principaux signes d'insuffisance thyroïdienne à la suite d'une thyroïdite aiguë primitive. Le malade a présenté de la torpeur intellectuelle, des douleurs rhumatismales, de l'obésité, tous symptômes en rapport avec l'altération de la glande thyroïde consécutive à son inflammation et qu'un traitement thyroïdien longtemps continué a pu amender. (Travail de candidature.)

Le sphygmo-métroscope. (Présentation d'un appareil). M. **Amblard** présente un nouvel appareil destiné à la mesure clinique de la tension artérielle, composé d'un manomètre très sensible à large cadran et d'un brassard en cuir doublé de deux coussins en caoutchouc dont l'un peut être isolé à volonté. La lecture se fait objectivement et exactement par l'étude du régime des oscillations de l'aiguille sous l'influence de compressions variables. Muni d'un brassard analogue, mais plus petit, l'appareil peut servir à la mesure de la tension chez l'enfant.

Suites éloignées de la rééducation motrice. — M. Maurice **Faure**. — On s'est demandé ce que devenaient les malades restaurés par la rééducation motrice et si les résultats considérables obtenus dans le traitement des maladies de la moelle, étaient stables et définitifs.

M. Maurice Faure a revu 25 malades, trois, huit ans après leur traitement : onze tabétiques qui avaient autrefois une très notable incoordination, sont aujourd'hui encore presque normaux ; trois, qui étaient complètement impotents, n'ont gardé que quelques troubles moteurs peu importants ; six, qui s'étaient insuffisamment soignés, sont restés incomplètement améliorés, en l'état où le traitement les a laissés. Sur cinq paraplégiques, deux sont restés complètement guéris cliniquement ; deux (qui étaient paraplégiques totaux) n'ont plus de paralysies, mais quelques atrophies localisées, compensées en partie par des suppléances, et le dernier, qui n'avait fait qu'un trop court traitement, a continué à travailler et à s'améliorer seul. En somme, les résultats obtenus ont été stables et peuvent être considérés comme définitifs avec une bonne hygiène et une thérapeutique générale convenable.

De quelques moyens propres à diminuer la mortalité infantile (d'après une enquête sur la mortalité infantile à New-York) — *M.* **Robert-Simon**. — La ville de New-York, en 10 ans, a abaissé sa mortalité infantile de 1/3. Ces résultats, obtenus en dehors de toute intervention officielle, sont dus : 1° à ce que New-York possède, grâce à un *Comité du lait*, un lait irréprochable; 2° à ce que la surveillance des nouvelles accouchées et des femmes enceintes y est réalisée d'une façon pratique. C'est ainsi que par la simple assistance aux femmes enceintes, la mortalité des enfants de cette catégorie de femmes n'est que de 4 à 5 %, alors qu'elle est encore de 17 % pour les enfants surveillés seulement au lendemain de leur naissance.

M. **Depasse** félicite l'auteur de son intéressante communication, il y a beaucoup à apprendre en allant voir ce qui se fait à l'étranger et M. Depasse félicite aussi son confrère de la médaille d'argent que l'Académie a décernée à son travail, mais il n'a pas assez insisté sur la sévérité des lois sanitaires à New-York. M. Depasse a publié, il y a quelques années, un travail sur la législation du lait à New-York où la *vente du mauvais lait est considérée comme un crime* et est passible d'amende très lourde, de retrait de la licence (car il faut une licence pour vendre le lait) et de la ruine du marchand. A l'époque où a été publié ce travail, le directeur de la santé, le Dr John Nacle, avouait très

franchement et très simplement qu'il n'était jamais si content de lui-même que lorsqu'il pouvait raconter à sa femme, en dînant, qu'il n'avait pas perdu sa journée puisqu'il venait de ruiner un marchand de mauvais lait et contribué de la sorte au sauvetage d'un certain nombre d'enfants. En France, nos lois ne sont pas assez sévères. Il y a quelques semaines, à la Chambre des députés, un membre du Parlement pouvait dire bien haut que le lait vendu à Paris est très mauvais et que c'est une honte de tolérer une pareille situation. Cependant, les pouvoirs publics ne font rien, les tribunaux condamnent les coupables à des amendes ridicules qui ne les empêchent pas de continuer leur commerce néfaste. L'enfance n'est pas assez protégée.

(Il sera soumis un vœu sur cette question à la Société, dans sa prochaine séance.)

Prophylaxie de la syphilis par un nouveau traitement abortif local pré-chancreux. — M. *H. Hallopeau*.— Ce traitement consiste essentiellement en des injections quotidiennes, dans la région suspecte de contamination, d'un médicament spécifique l'hectine, à la dose de 0,20 centigrammes. Vingt de ces injections ont été pratiquées chez une femme qui venait d'avoir pendant 8 jours, des rapports plus que quotidiens avec un jeune homme atteint d'un chancre induré du prépuce en pleine effervescence. 86 jours se sont écoulés depuis le contact et il n'y a pas trace de chancre. L'auteur préconise ce traitement prophylactique après les contacts suspects.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Réunion mensuelle du 21 janvier 1910.

Le Dr Georges ***Rosenthal*** a exposé ses recherches personnelles sur la sérothérapie et la vaccination contre le rhumatisme articulaire aigu ; il conclut que le sérum spécifique est surtout puissant contre les manifestations viscérales du rhumatisme, tandis que le Wright vaccin sert à prévenir les rechutes et doit être employé en dehors des attaques.

Le Dr Le Filliâtre relate 2 cas d'appendicite et de salpingite consécutive, dont une à cellules plasmatiques, chez des malades, opérées par lui avec succès. Il fait remarquer que, dans ces cas, il est préférable d'intervenir par laparotomie médiane plutôt que par laparotomie latérale ; avis partagé par la Société.

Ces communications ont donné lieu à des discussions très intéressantes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De la responsabilité du médecin d'hôpital et des établissements hospitaliers.

La Cour de Cassation pour la première fois a décidé que la commission administrative d'un hospice est obligée de payer les honoraires d'un chirurgien appelé pour faire une opération urgente par le médecin attaché à l'hôpital, même sans son autorisation préalable.

Elle a ainsi statué sur l'un des conflits incessants qui s'agitent entre les médecins et les commissions administratives des hôpitaux.

Nous croyons utile de porter à la connaissance du milieu médical cette importante décision et de publier l'arrêt du 22 mars 1909, avec le réquisitoire du Procureur général qui expose les faits d'une façon très complète (1).

Réquisitoire du Procureur général.

Le 1er octobre 1906, un sieur Coudray travaillait sur le quai de la gare de La Loupe pour le compte de l'entrepreneur Maury, lorsqu'il eut le pied broyé par une locomotive. On le transporta d'urgence à l'hôpital de la localité. Le docteur Morchoisne, qui était présent, donna les premiers soins. Mais, peu après, le docteur Thomas, se disant le médecin de l'entreprise Maury, revendiqua le droit de s'occuper du blessé : le docteur Morchoisne se retira. Le docteur Lelièvre, qui, comme ses deux autres confrères, était attaché à l'hôpital, étant survenu, examina le malade avec le docteur Thomas. Une opération fut jugée par eux nécessaire. Le docteur Lelièvre offrit son concours à son confrère. Mais celui-ci déclara qu'il se proposait de faire appel à un chirurgien, et, en effet, de son autorité privée, sans consulter ni même prévenir la commission administrative de l'hospice, il manda le docteur Foisy, de Châteaudun, qui vint aussitôt à La Loupe et pratiqua l'amputation.

Le docteur Foisy réclama pour son déplacement et ses honoraires une somme de 130 francs que tous reconnurent n'être point exagérée, mais que personne ne voulut payer.

L'entrepreneur Maury se retrancha, en effet, derrière l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 sur les accidents du travail, qui dispose que le patron, en cas d'hospitalisation, est simplement tenu au paiement du prix de journée fixé par la loi et le règlement de l'hôpital, sans que ce prix puisse être augmenté à raison d'opérations chirurgicales.

De son côté, le docteur Thomas prétendit avoir agi dans la plénitude de son droit, en recourant à un chirurgien dans l'intérêt du blessé ; il invoque, en outre, sa qualité de mandataire de l'hôpital, qui lui conférait, suivant lui, le droit de se passer, en cette circonstance, de l'avis du maire et des administrateurs de l'hospice.

Enfin, la commission administrative, qui n'a connu l'incident que par les poursuites dirigées contre elle par le chirurgien, refusa d'acquitter une dépense qu'elle n'avait pas autorisée.

En cet état, le docteur Foisy assigna l'entrepreneur Maury, le docteur Thomas et le président de la commission administrative de l'hospice de La Loupe devant le juge de paix de ce canton en paiement de la somme qu'il réclamait.

Par jugement du 4 février 1908, le juge de paix constata que Maury justifiait, par la production d'une quittance régulière, qu'à la date du 21 mars 1907, il s'était libéré de la somme de 219 francs qui lui avait été réclamée, aux termes de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, pour le séjour de Coudray à l'hôpital ; il mit l'entrepreneur hors de cause.

En ce qui concerne l'hôpital, il décida, au contraire, que « les termes « frais d'hospitalisation » employés par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, comprenant tous les soins donnés à la victime, c'est à l'établissement hospitalier qu'incombe la charge de s'organiser pour être en mesure de donner les soins qui peuvent être réclamés de lui, qu'en acceptant le blessé, il avait assumé la charge de tous les soins à fournir moyennant la rétribution fixée à forfait par le règlement de l'hospice à 3 francs par jour et qu'il avait, par là même, assumé la responsabilité de lui procurer du dehors les soins chirurgicaux qu'il ne pouvait lui donner par ses propres moyens » ; qu'il devait en être ainsi, « quelque onéreuse que puisse être la situation ainsi créée aux hôpitaux communaux qui, ainsi que celui de La Loupe, sont dénués de ressources et ne subsistent qu'au moyen de centimes additionnels dont on frappe les contribuables ou de problématiques dons que lui font quelques personnes charitables, et ce pour le plus grand profit d'un riche patron ou plutôt d'une richissime compagnie d'assurances ».

En ce qui concerne le docteur Thomas, le juge de paix constata que c'était lui qui, de son propre mouvement, avait fait venir le docteur Foisy, sans même prévenir la commission administrative de l'hôpital. Mais, invoquant l'article 11 du règlement modèle des hôpitaux du 15 décembre 1899 et la circulaire ministérielle du 15 décembre 1900, sur le service médical des hospitalisés, il déclara « que l'opération à faire était très délicate et nécessitait une intervention chirurgicale ; qu'en raison de la pénurie des moyens d'antisepsie de l'hôpital et dans l'intérêt de l'existence du blessé, il était préférable de le confier à un spécialiste. » Il ajoutait « que, s'il était vrai que la commission administrative de l'hôpital fût en droit d'adresser au docteur Thomas un reproche, pour l'oubli dont il s'était rendu coupable en négligeant de l'informer de la nécessité de faire venir un chirurgien, il y avait lieu aussi de prendre en considération le sentiment qui, dans un cas urgent, doit animer le médecin traitant, sentiment qui, le faisant s'élever au-dessus d'une misérable question d'argent, ne laisse dans sa pensée que le souci de la vie du blessé ».

Le jugement mettait, dans ces conditions, le docteur Thomas hors de cause et condamnait le président de la commission administrative, ès qualités, à payer au docteur Foisy la somme de 130 francs qu'il réclamait et tous les dépens.

....

....

(1) Voir *Gaz. des Tribunaux*, 19 sept. 1905.

Nous estimons qu'en statuant ainsi qu'il l'a fait, le juge de paix a méconnu les prescriptions formelles de la loi du 7 août 1851, et en présence des conflits incessants qui s'agitent entre les médecins des hôpitaux portés à étendre indéfiniment leurs pouvoirs, et les commissions administratives, obligées, à raison de la modicité de leurs ressources, de résister à des empiètements injustifiables, nous pensons qu'il est nécessaire de rappeler, dans l'intérêt de la loi, les principes véritables à ceux qui les oublient et d'annuler un jugement qui ne manquerait pas de devenir un précédent dangereux, alors qu'il constitue une violation manifeste de la loi.

« La Cour ;

Conclusions de la cour de cassation. — Contrairement au réquisitoire ci-dessus, la cour, vu le rapport de M. le conseiller Régnaud, a statué en ces termes :

« Attendu que le jugement attaqué constate que, le 1er octobre 1906, Coudray, ouvrier de Maury, entrepreneur de travaux publics, victime d'un accident du travail, a été porté à l'hôpital de la commune de La Loupe et remis aux soins du docteur Thomas, médecin de l'hôpital et médecin de l'entreprise Maury ; que le docteur Thomas, estimant nécessaire l'amputation de la jambe de Coudray, fit venir d'urgence de Châteaudun, sans y être autorisé par la commission administrative de l'hôpital, le docteur Foisy, qui procéda à l'opération ; qu'ultérieurement, le docteur Foisy réclama tout à la fois à l'entrepreneur Maury, à la commisson administrative de l'hôpital et au docteur Thomas, la somme de 130 francs pour frais de déplacement et honoraires ;

« Attendu que ledit jugement a mis hors de cause l'entrepreneur Maury et le docteur Thomas et a condamné la commission administrative à payer la somme réclamée ;

« Attendu que le pourvoi ne critique pas la mise hors de cause de l'entrepreneur Maury, qui justifiait de l'acquittement des frais d'hospitalisation établis conformément à l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 et qui comprennent les soins médicaux et chirurgicaux, quels qu'ils soient, nécessaires aux blessés ; qu'il soutient seulement que le docteur Thomas a commis une faute en appelant, sans autorisation de la commission administrative, le docteur Foisy et que cette faute doit avoir pour conséquence de lui faire supporter les frais et honoraires dus à ce dernier :

« Mais attendu que le jugement attaqué constate, d'une part, « que « l'hôpital de La Loupe ne possède aucun outillage chirurgical, qu'il « n'est pourvu d'aucun des moyens d'antisepsie indispensables pour « les opérations » ; « que l'opération nécessitée par l'état de Coudray « était très délicate ; qu'elle demandait une prompte intervention chi- « rurgicale ; qu'en raison de la pénurie des moyens d'antisepsie dont « dispose l'hôpital et dans l'intérêt de l'existence du blessé, il était « préférable d'avoir recours à un chirurgien spécialiste » ; que le même jugement constate, d'autre part, que « les défendeurs sont unanimes pour reconnaître que la somme de 130 francs, réclamée par le sieur Foisy, lui est légitimement due » ; qu'en l'état de ces constatations, le docteur Thomas n'a commis aucune faute de nature à engager sa responsabilité en faisant appel à l'intervention du docteur Foisy ; que, par suite, en mettant les frais et honoraires dus à ce chirurgien à la charge de la commission administrative de l'hôpital obligée, par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, de donner aux blessés hospitalisés tous les soins que réclame leur état, le jugement attaqué n'a violé aucun des articles visés au pourvoi ;

« Par ces motifs ;

« Rejette. »

BIBLIOGRAPHIE

La joie passive. Un vol. in-12; par le Dr Mignard. (Chez Félix Alcan, Paris, 1909.)

Sous ce nom, l'auteur étudie non pas la joie active accompagnée de phénomènes d'excitation et d'augmentation des fonction mais une joie accompagnée d'un ralentissement des fonctions intellectuelles, affectives ou actives, et s'associant souvent à une inertie complète. Cette joie passive a été étudiée chez des idiots, des déments, des séniles, des paralytiques généraux. Cette constatation prouve que la joie peut exister chez des êtres ayant manifestement un état de déchéance et d'amoindrissement vital. On a prétendu depuis longtemps qu'un sentiment agréable se manifestait extérieurement par une mimique de joie résultant d'une conscience de l'excitation mentale, ou du bon fonctionnement de l'organisme. Les faits du Dr Mignard ne peuvent s'expliquer ainsi et l'auteur les explique comme il suit : Dans l'ordre mental, ce qui fait la joie active ou passive, la joie de l'idiot ou du dément, comme celle d'un être intelligent, c'est la suppression de toute entrave, la liberté de fonction et le sentiment de cette liberté. Entre l'actif qui pense, remue, s'agite et vit et le passif qui aspire au repos et à l'inertie existe un lien commun : l'un et l'autre ne connaissent d'obstacle, d'inhibition à leurs tendances. Celles-ci se donnent libre cours et c'est cette satisfaction qui cause le sentiment de joie.

Chemin faisant, le Dr Mignard oppose très logiquement les deux formes de joie aux deux formes de tristesse : à côté de la joie se place la béatitude, comme la stupeur se place à côté de l'angoisse. Dans le premier cas, les phénomènes d'inhibition n'existent pas, dans le second, ils sont exagérés.

Telles sont les conclusions de ce livre, conclusions qui reposent sur des observations merveilleusement prises et raisonnées. Mais ce que je signale en outre ce sont les aperçus psychiques et cliniques dont ce volume est rempli, c'est la façon élégante et claire dont le livre est écrit. G. Paul-Boncour.

Clinique thérapeutique du Praticien ; par les Drs Huchard et Fiessinger. (1 vol. de 416 pages ; chez Maloine, 1909.)

Les auteurs de ce nouveau livre sont connus suffisamment pour leur sens à la fois clinique et pratique, sans qu'il soit besoin de recommander cette deuxième. partie de la *Clinique thérapeutique du Praticien*. On y trouvera, dans un récit simple, presque de conversation, tout ce que le praticien doit connaître en *hématologie pratique*, en *cytologie pratique*, et à propos des *maladies du tube digestif*, des *voies urinaires*, des *maladies du système nerveux*, de la *goutte*, des *grosses rates*, et enfin des *maladies du cœur* et du *sang*. Tous les praticiens liront ce livre avec intérêt.

Examen et séméiotique du foie et du pancréas ; par le Dr Pron (d'Alger). Paris, 1909, 1 volume in-18 jésus, de 178 pages. Librairie J. Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe). Prix : 3 fr.)

Les traités ou les manuels de médecine n'accordent pas une place suffisante à la séméiologie, qui est pourtant d'une importance tout à fait capitale et sans laquelle on ne peut arriver à un diagnostic. En ce qui concerne le foie et le pancréas, les manuels même de séméiologie semblent eux aussi être un peu brefs.

Dans l'ouvrage du Dr Pron, 130 pages sont consacrées à l'exposé des méthodes d'examen et à la séméiologie de ces deux organes. Chacun des grands symptômes : gros foie, atrophie du foie, ictère, douleur, fièvre, ascite, tumeur, diabète sucré, etc..., est passé en revue et l'auteur montre quelle signification il prend, selon la nature et l'intensité des autres manifestations auxquelles il est associé.

Tout cela est présenté d'une manière méthodique, claire et conforme à la clinique. Les méthodes de laboratoire ne sont exposées qu'en ce qui a rapport à la pratique quotidienne.

Le reste de l'ouvrage se compose d'un résumé de symptomatologie, auquel on peut se reporter pour avoir un point de repère et des indications plus complètes sur l'affection à laquelle conduit telle ou telle donnée de séméiologie.

C'est là un travail avant tout pratique et qui ne peut que recevoir le meilleur accueil des praticiens auquel il s'adresse.



TRAVAUX ORIGINAUX

Les syndromes d'hyperorchidie ;

Par MM. P. CARNOT, professeur agrégé, médecin des hôpitaux,
et P. BAUFLE, interne des hôpitaux.

La notion d'hyperorchidie doit s'opposer à la notion, beaucoup mieux connue, d'anorchidie. Elle est encore imprécise dans les descriptions nosographiques et serait, peut-être, plus facilement admise par le public que par le médecin. Elle n'en semble pas moins réelle et mérite une étude clinique spéciale.

Il est bien certain que, chez la plupart des hommes, la sécrétion testiculaire se manifeste parfois avec une intensité et même une violence remarquables, soit accidentellement sous forme de crises, soit périodiquement, obéissant alors à la loi d'intermittence qui régit tous les actes de l'organisme.

D'ailleurs, la sécrétion sexuelle, dans son ensemble, a des flux et des reflux qui dépendent de l'âge, de l'individu, des conditions physiologiques et pathologiques, etc. :

La sécrétion testiculaire varie suivant *l'âge* : au moment où la glande génitale commence à sécréter, à la puberté, elle présente une période d'hyperactivité, qui ne se reproduira, peut-être, plus, avec la même intensité, durant toute l'existence.

La sécrétion sexuelle varie aussi suivant l'*individu* : on ne saurait méconnaître que la puissance génitale est très variable d'un sujet à l'autre. Il existe des tempéraments plus ardents, plus mâles que d'autres, et il paraît aussi légitime de définir le tempérament génital que les tempéraments nerveux, lymphatique ou bilieux.

Enfin certains facteurs, physiologiques ou pathologiques, peuvent agir sur la glande génitale, comme sur les autres appareils glandulaires, et augmenter son activité.

A propos de chaque organe, il semble, d'ailleurs, qu'on puisse opposer des syndromes anatomiques et fonctionnels, d'hyper ou d'hypoplasie, d'hyper ou d'hypocrinie : ce sont, dans le cas particulier, des syndromes d'hyper et d'hyporchidie.

Mais, avant d'entreprendre leur description, nous devons remarquer d'une façon générale combien il est parfois difficile de distinguer, en pareille matière, l'hypercrinie glandulaire de l'excitation nerveuse, cérébrale ou médullaire, qui en est tantôt l'effet et tantôt la cause.

***

L'hypercrinie testiculaire se manifeste sous forme paroxystique ou continue.

I. Hyperorchidies paroxystiques.

Les cas où l'exagération de la sécrétion testiculaire se manifeste d'une manière intermittente peuvent être groupés sous le nom d'*hyperorchidie paroxystique*. Il s'agit, en effet, d'un véritable paroxysme génital, consécutif à une hypersécrétion transitoire. Ces paroxysmes peuvent, d'ailleurs, survenir à des intervalles variables, soit d'une manière tout à fait irrégulière, soit avec une certaine régularité :

Les paroxysmes accidentels, eux-mêmes, se produisent dans des circonstances très diverses, et l'on peut facilement distinguer plusieurs types :

a) CRISE D'HYPERORCHIDIE PAROXYSTIQUE SPONTANÉE. — Les exemples sont fréquents de sujets qui, au cours d'un travail intellectuel absorbant, sont pris brusquement, sans excitation physique ou psychique d'aucune sorte, d'une véritable « fringale d'amour ». L'instinct du coït se réveille brusquement, avec une intensité telle qu'il est impossible de le réprimer. Dans ces conditions, la scène évolue, presque toujours, avec une rapidité caractéristique : après quelques minutes de lutte inutile, plus souvent sans aucune hésitation, surtout s'il a déjà traversé pareille épreuve, l'individu se précipite à la recherche de la satisfaction génitale : guidé uniquement par le désir brutal de l'accouplement, par le besoin d'évacuer ses vésicules séminales, il se jette sur la première femme qu'il rencontre, quelle qu'elle soit, avec toute l'ardeur d'un étalon au moment du rut, et sans réfléchir aux dangers possibles du coït qu'il accomplit ; y eût-il songé, que cette idée n'eût arrêté son élan. Cette crise paroxystique est presque une fugue : après quoi, l'esprit lucide, il peut reprendre, sans peine, le travail, momentanément abandonné.

b) CRISE D'HYPERORCHYDIE PAROXYSTIQUE OCCASIONNELLE. — D'autres fois, ce paroxysme génital ne survient pas avec la même spontanéité, mais se produit sous l'influence d'une cause psychique (lecture, spectacle, flirt, etc.) : dans ces conditions, la glande génitale sécrète avec une grande activité, et, souvent, une pollution nocturne involontaire marque la fin de cette crise génitale, établissant ainsi, d'une manière évidente, l'existence de l'hypersécrétion glandulaire.

Parfois, cette hypercrinie spermatique est le point de départ de crimes sexuels, tels que le viol ; car ces actes délictueux ne s'observent pas seulement chez des aliénés ou des individus dénués de moralité. A cet égard, Krafft-Ebing relate une observation très démonstrative : il s'agissait d'un homme, occupant une haute situation sociale, arrêté pour un viol commis sur une femme de 63 ans : au cours de l'interrogatoire, il avoua qu'*à certains moments*, la vue d'une femme, même laide ou âgée, éveillait chez lui un besoin sexuel tellement intense qu'il ne pouvait y résister et qu'il éprouvait alors un malaise général, une véritable angoisse qui cessaient aussitôt après le coït ; il ne semblait présenter, d'autre part, aucune tare mentale ou organique.

Il est toujours malaisé de faire, en pareil cas, la part des phénomènes cérébro-médullaires et des phénomènes d'hypercrinie orchitique, séminale ou prostatique.

c) CRISE D'HYPERORCHIDIE PAROXYSTIQUE PAR RÉTENTION SPERMATIQUE AIGUE. — Des crises d'hyperorchidie se rencontrent, avec fréquence, chez les sujets obligés d'observer une continence rigoureuse à laquelle ils n'étaient pas antérieurement habitués (1) : tels un prisonnier dans sa cellule, un soldat détaché dans quelque poste perdu.

Au début, la continence détermine seulement une sensation de plénitude et de congestion, accompagnée de céphalalgies, un accroissement évident de la force musculaire, une augmentation notable de la mémoire ; plus tard surviennent une impossibilité absolue d'accomplir un travail suivi, physique et surtout intellectuel, et un état d'agitation continuelle qui aboutit à un véritable malaise. Parfois alors, chez des hommes d'un tempérament génital excessif, la continence peut déterminer des accès de manie à forme érotique, acccompagnés d'hallucinations di-

(1) Il n'est question ici que de la continence transitoire et non de la continence prolongée qu'observent certains individus : dans ce dernier cas, la règle physiologique est que la prolongation du repos glandulaire entraîne l'atrophie de l'organe.

verses (1). Dans les cas extrêmes, les désordres physiques et les troubles psychiques déterminés par la continence spermatique ne sont pas sans quelque analogie avec ceux qui accompagnent parfois une crise de rétention d'urine.

Tous ces phénomènes sont sous la dépendance étroite de la rétention spermatique et cessent en même temps qu'elle. Dans ces conditions, les instincts de pédérastie se développent parfois, en dehors de toute inversion sexuelle; d'autres sujets recourent à la masturbation : tel, l'hyperchlorhydrique qui, au moment de sa crise, provoque un vomissement pour se soulager.

d) Crise d'hyperorchidie rythmique. — Les phénomènes d'hyperorchidie périodique sont encore plus caractéristiques de l'existence d'un flux glandulaire.

Certains hommes sont remarquablement réglés au point de vue sexuel, ne se livrant au coït qu'une fois par semaine environ : ils habituent ainsi leur glande génitale à fonctionner d'une manière périodique : de même que, chez quelques individus, à la suite d'un véritable entraînement, le besoin de la défécation revient chaque jour à heure presque fixe, de même, chez ces sujets, la sécrétion testiculaire présente son maximum d'activité à certains moments, suivant un rythme assez bien déterminé ; si, pour un motif quelconque, ils ne peuvent pas évacuer leur sécrétion à la date prévue, ils en souffrent visiblement, deviennent irritables, de mauvaise humeur, incapables de tout travail suivi ; c'est un véritable malaise dû à la pléthore spermatique, et qui cesse aussitôt après un coït quelconque ou une pollution nocturne.

e) Hyperorchidie du rut. — Chez d'autres sujets, la périodicité orchitique revêt un caractère différent : le besoin sexuel revient tous les mois environ, véritable ébauche du rut, tel qu'on l'observe dans la plupart des espèces animales et chez la femme au moment des règles : les testicules deviennent alors plus gros, plus pesants ; il y a, chez certains, des crises congestives douloureuses de varicocèle ; simultanément, apparaissent des phénomènes congestifs qui intéressent, non seulement les organes génitaux (testicule, prostate), mais même les viscères voisins. Souvent, en effet, le flux hémorroïdaire peut coïncider avec cette phase, à tel point qu'on a voulu le comparer aux poussées menstruelles qui correspondent au rut de le femme. Parfois, les prostatiques ont des poussées congestives périodiques, reconnaissant une périodicité de congestion génitale.

f) Hyperorchidie saisonnière. — Enfin il est de noion courante (et cela s'observe plus facilement chez les sujets qui, loin d'être des génitaux, ont, au contraire, des coïts très espacés) que la glande génitale présente une réelle suractivité à certaines périodes de l'année : les premiers jours du printemps provoquent, chez la plupart des hommes, des poussées de sécrétion testiculaire. On rencontre, même, des individus dont les coïts ne se produisent guère qu'au printemps, mais alors avec une fréquence et une intensité tout-à-fait particulières, pendant une ou deux semaines environ ; après quoi survient le repos génital qui dure le reste de l'année.

Les statistiques confirment, d'ailleurs, ces faits : d'après Villermé (1), la fécondité est plus grande au printemps et descend au minimum pendant l'automne et au commencement de l'hiver.

g) Hyperorchidie de la puberté. — Les types précédents d'hyperorchidie se constatent communément chez l'adulte, en pleine maturité sexuelle. Mais il existe une autre variété intermittente, d'une physionomie très particulière : c'est celle de la puberté, qui revêt aussi les allures d'un paroxysme et est, ordinairement, transitoire.

A ce moment, les organes génitaux atteignent leur complet développement : la verge augmente de volume ; le scrotum brunit et se contracte vigoureusement ; les testicules deviennent plus gros et plus fermes. En même temps, la taille s'élance ; la poitrine se dilate ; les membres s'allongent d'une manière parfois démesurée ; la voix prend un timbre plus grave ; le système pileux se développe, non seulement au niveau des organes génitaux, mais aussi au niveau de la poitrine et du visage. Toute l'activité de l'adolescent semble, d'ailleurs, décuplée. Il ne mange plus : il dévore. Il ne marche pas, il court ; il s'agite, pressé de partir et d'arriver, sans savoir où : car, le plus souvent, son activité se dépense sans but. Il entreprend tout avec la même ardeur, mais lâche avec la même rapidité tout ce qu'il a commencé ; et, d'ailleurs quelle tâche pourrait-il mener à bien ? Ses mouvements sont brusques, désordonnés, presque maladroits.

Au point de vue intellectuel, même désordre, même instabilité ; autant il était sérieux, appliqué, autant il devient distrait, incapable de fixer son attention ; ou encore, il semble méchant, violent, prenant parfois plaisir à faire souffrir les animaux, à manifester une cruauté que rien n'explique.

Tous ces phénomènes sont en corrélation avec le développement de la glande génitale et sont, en quelque sorte, l'indice de son activité. Ils font, en effet, défaut chez les castrats et les cryptorchides, et il serait facile d'opposer l'aspect efféminé et l'apathie du castrat à l'allure virile, à l'expansibilité de l'adolescent au moment de la puberté. Mais, en dehors de ces manifestations indirectes de l'activité testiculaire, on trouve également des preuves matérielles de l'hypersécrétion ; l'apparition de pollutions nocturnes répétées en est une ; de même, la fréquence avec laquelle les sujets de cet âge se livrent à la masturbation, sans retentissement fâcheux sur leur santé, montre la réelle surabondance de leur sécrétion spermatique.

h) Hyperorchidie de l'âge critique. — L'activité génitale intense, caractéristique de la puberté, est, le plus souvent, éphémère ; cependant il n'est pas exceptionnel qu'elle se répète à un âge parfois avancé.

C'est alors une véritable hyperorchidie de retour qui frappe des hommes, souvent réputés pour leur continence habituelle, aux environs de la soixantaine, à une période qui précède de fort peu la régression testiculaire. On peut, logiquement, la rapprocher de l'accentuation, parfois très nette, du besoin sexuel, chez certaines femmes, au moment de la ménopause.

II. Hyperorchidies continues.

A côté des types, si variés, d'hyperorchie paroxystique,

(1) « Un jeune ecclésiastique, rigide observateur de ses vœux et dont « les lectures ascétiques avaient achevé de troubler l'imagination, tom- « ba dans la mélancolie, prit en horreur les hommes et lui même et « entra plus d'une fois dans des accès de fureur ; après avoir suspen- « du l'effet d'une pollution nocturne, il eut des visions de femmes en- « tourées d'une auréole ; bientôt il se crut possédé du diable, puis il s'i- « magina être Achille, Alexandre, Henri IV ; enfin il crut avoir vaincu « et pacifié le monde, voulut faire fleurir les arts et la paix et vit se « développer en lui des talents nouveaux pour la peinture, la poésie, « la musique ; ses sens furent aussi portés à un degré excessif de « délicatesse et de sensibilité ; il ne recouvra la santé que par l'ac- « complissement de l'acte vénérien, qui mit aussi un terme à ses ta- « lents acquis. » (Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. tome XIV, p. 517.)

(1) Villermé. — De la distribution par mois des conceptions et des naissances. *Annales d'hygiène publique*, 1831, tome V, p. 55.

on peut décrire une hyperorchidie continue, telle qu'elle représente un véritable constitution organique.

a) HYPERORCHIDIE CONTINUE CONSTITUTIONNELLE. — Le *tempérament érotique*, d'ailleurs connu depuis longtemps, se distingue par toute une série de caractères somatiques et psychiques.

Des organes génitaux très développés, un scrotum contracté, des testicules lourds et gonflés, la tension du cordon, sont des indices d'activité génésique. Les particularités qui caractérisent ce type intéressent, d'ailleurs, l'organisme tout entier : le dos est large, la région lombaire saillante, le cou souvent court (1) ; les masses musculaires sont puissantes, sans embonpoint exagéré, mais plutôt avec un certain degré de maigreur : « les bons coqs ne sont jamais gras ». Une odeur pénétrante et presque spermatique se dégage de l'haleine et de tout l'individu (2) :

Le visage reflète cette activité génitale : les yeux brillants, les narines ouvertes, les lèvres charnues et sanguines, les lobules de l'oreille énormes, l'abondance du système pileux, la grosseur des traits opposée à la délicatesse et à la finesse du type efféminé sont autant d'attributs du tempérament génital.

Ce développement des formes extérieures concorde avec l'activité dont fait preuve le génital : son extérieur est animé, ses gestes prompts, ses allures agressives ; il aime les exercices violents, fait preuve de résistance à toutes les fatigues corporelles.

Intellectuellement, ce qui semble dominer en lui, c'est, l'instabilité, l'absence de suite et de méthode dans les idées et dans les actes ; c'est aussi une brusquerie, parfois même une violence singulières. Toute son activité n'a, qu'un but, avoué ou inconscient, la satisfaction du besoin génital ; il recherche les femmes et il y est poussé par une véritable nécessité matérielle. D'ailleurs, il supporte sans fatigue les excès vénériens, tandis qu'il souffre d'une continence tant soit peu prolongée. Comme l'avait fait remarquer, depuis longtemps, Roger Delorme : « Le penchant « irrésistible à répéter fréquemment le coït tient souvent « à une disposition organique naturelle ; cet état ne doit « pas être considéré comme morbide et il peut aller jusqu'à « la lubricité la plus dégoûtante sans mériter le nom de « satyriasis » ; opinion que confirme également Rong : « Un « grand appétit des plaisirs de l'amour avec la puissance de « le satisfaire ne peut être regardé comme une maladie, « quand il ne porte pas atteinte à la santé générale et n'en « détruit pas l'harmonie » (2).

De tels sujets, ont, surtout, une suractivité de la glande génitale, une hyperorchidie continue, liée d'ailleurs à une hyperplasie anatomique, dont témoigne l'exagération de dimensions des testicules mêmes et des glandes séminales.

b) HYPERORCHIDIE CONTINUE ACQUISE. — Le testicule est susceptible, comme les autres glandes, d'accroître son fonctionnement par entraînement ou par une action thérapeutique.

Le coït, répété sans exagérations, favorise le développement anatomique et fonctionnel de la glande génitale. Selon le mot de Civiale : « Il en est des organes génitaux comme des autres appareils de l'économie ; l'exercice les fortifie ; l'excès les appauvrit ; l'inaction les énerve ».

Est-il possible, par certaines méthodes, d'augmenter la sécrétion testiculaire, de provoquer une *hyperorchidie thérapeutique* ?

La plupart des aphrodisiaques, tels que la cantharide, n'agissent, probablement, pas sur la sécrétion spermatique elle-même, mais déterminent des érections par suite de phénomènes médullaires étendus à l'appareil génito-urinaire tout entier.

Par contre, certains régimes alimentaires provoquent une exagération du travail glandulaire des glandes génitale : telle une alimentation riche en nucléines (cervelle, thymus), en phosphore (chair et, surtout, laitance de poisson) etc.

Il est à peine besoin de rappeler que c'est en cherchant à suppléer à l'insuffisance testiculaire que Brown Séquard a jeté les bases de la *médication opothérapique* : l'opothérapie testiculaire agirait en réalisant une véritable hyperorchidie thérapeutique.

c) HYPERORCHIDIE CONTINUE PATHOLOGIQUE. — Certaines maladies paraissent augmenter la puissance génitale.

La *phtisie* est à ce point de vue particulièrement connue. Selon le mot d'un littérateur (Michel Corday) : « le sein des phtisiques se mine, à la façon dont se consume une bûche ardente. Il s'usent, mais en brûlant : ce sont des *embrasés* ». On a remarqué que, parfois alors, il s'agit moins d'un vrai besoin que d'un effort génésique : la crainte d'être taxé d'impuissance, la recherche d'une illusion de force et de santé expliqueraient cet effort du phisique. Mais, lorsqu'un tuberculeux, cavitaire et cachectique, répète le coït cinq et six fois dans une journée, il y a, vraiment là plus qu'un effort d'imagination (1).

De ces faits, on peut rapprocher l'hyperorchidie qui s'observe dans la *convalescence* de diverses maladies aiguës, de la fièvre typhoïde par exemple. « Les facultés génitales « ont souvent alors une grande vigueur ; quelquefois elles « prennent une énergie plus grande qu'avant la maladie ; « les sécrétions et les pollutions nocturnes sont fréquen- « tes » (2). Cette hypercrinie marche, d'ailleurs, de pair avec d'autres hypercrinies (digestive, etc)., avec l'accroissement rapide de taille et de poids, avec la rapidité des réparations tissulaires, etc.

***

Tous ces faits établissent nettement qu'à certaines périodes, les fonctions génitales présentent une réelle suractivité. L'organisme tout entier participe à ces manifestations, et c'est à l'ensemble de ces phénomènes, que convient la dénomination d'*hyperorchidie*.

a) *Modifications de l'appareil génital.* — Les modifications de l'appareil général sont les plus évidentes.

Le *testicule*, au moment des périodes d'activité, augmente de volume, semble gonflé et résistant ; parfois même, indépendamment de toute érection il devient le siège de poussées congestives douloureuses.

Ces faits sont encore plus nets dans certaines espèces animales chez lesquelles le testicule, intra-abdominal pendant le repos sexuel, vient se placer sous la peau de l'aine ou du périnée au moment du rut (Cheiroptères, Rongeurs).

(1) Les anciens auteurs insistaient beaucoup sur le développement de l'occipital et la puissance des muscles de la nuque qui s'y insèrent : ils en faisaient un argument en faveur de la localisation, au niveau du cervelet, du centre de l'amour physique.
(2) M. LÉVY. — Traité d'hygiène publique et privée, tome II.

(1) GRAVES a, d'ailleurs, remarqué que les animaux atteints de tuberculose pulmonaire sont fort portés aux plaisir de l'amour ; les chevaux poussifs entrent plus fréquemment en chaleur. La subasphyxie, en provoquant une rétention d'acide carbonique, agit peut-être comme un excitant testiculaire, ainsi qu'il est prouvé pour d'autres glandes.
(2) RATHERY. — Des accidents de la convalescence. Thèse d'agrégation 1875.

✦

La *prostate* et les *vésicules séminales* participent à ce processus hypertrophique. Chez certains Mammifères, la prostate, très petite en hiver, durant la période d'inactivité sexuelle, se développe, au contraire, au moment de la reproduction et de l'époque du rut (Hunter, Griffiths).

Nous avons, d'ailleurs, vu que, chez l'homme, au moment des périodes de besoin sexuel, la prostate et aussi les viscères pelviens étaient congestionnés : Le Fur (1) admet l'existence de prostatites d'ordre physiologique, succédant à des abus sexuels ou, au contraire, à une continence exagérée.

b) *Modifications des caractères sexuels secondaires.* — Les caractères sexuels secondaires se modifient également : les variations du plumage, véritable séduction naturelle chez les oiseaux, l'apparition des bois chez les cerfs au moment des amours en sont une preuve.

Dans l'espèce humaine, *le développement du système pileux* se rattache également à la faculté génitale ; la barbe commence à apparaître vers l'âge de la puberté, se développe en raison directe de l'énergie des facultés procréatives, manque chez les hommes efféminés, se réduit presque à rien ou même ne se manifeste pas chez les eunuques.

Burdach (2) rapporte, à ce propos, l'histoire d'un conseiller de l'empereur Maximilien II, nommé Rauber, dont la barbe avait sept pieds de long, et qui eut de sa femme huit couples de jumeaux. Il prétend que la quantité et la frisure des poils sont en raison directe de l'activité génitale.

Les *glandes odorantes*, qui jouent un rôle très important dans toute la série animale (puisqu'elles facilitent le rapprochement des sexes), et dont les substances volatiles ont une valeur psycho-dynamique considérable, présentent aussi des modifications en rapport avec les fonctions sexuelles. On sait que les glandes circum-anales de la civette, les glandes anales du porte-musc et du castor sécrètent, au moment du rut, une substance très odorante.

Un fait analogue s'observe chez l'homme ; à la puberté la transpiration des organes génitaux prend une odeur spécifique plus forte; à l'âge adulte, la sueur exhale une odeur marquée (l'odeur de chasteté ?), qu'on ne perçoit point chez les eunuques (Burdach).

Les sujets continents se reconnaissent, d'ailleurs, souvent à l'odeur, presque spermatique, qui émane de toute leur personne, et particulièrement aux substances volatiles éliminées par le poumon. Rappelons, à ce propos, l'anecdote bien connue d'une maîtresse qui pouvait reconnaître les infidélités de son amant à l'affaiblissement de l'odeur habituelle de son haleine.

Au moment où les organes sexuels traversent des phases d'hyperactivité, tous les grands appareils semblent participer à cette exagération fonctionnelle.

c) *Modifications digestives.*— L'appétit est souvent augmenté : il ne s'agit pas, alors, du besoin d'alimentation rendu nécessaire par le coït, puisqu'une pareille boulimie peut se constater chez l'adolescent, avant tout rapprochement sexuel, au moment où sa glande génitale élabore déjà une abondante sécrétion. Il s'agit plutôt là d'hyperchlorhydrie passagère, avec brûlure de l'estomac soulagée par l'ingestion des aliments provoquant parfois, chez les prédisposés, de véritables crises gastriques. On peut, d'ailleurs, décrire une véritable hypercrinie gastrique d'origine génitale. Les physiologistes savent, d'autre part, que, chez un chien à fistule gastrique ou à petit estomac de Pawlow, la masturbation artificielle suffit à provoquer une abondante sécrétion de suc gastrique.

Les glandes salivaires présentent aussi une exagération de leur sécrétion. Elles entrent en turgescence lorsque les désirs vénériens se font sentir. Les animaux en chaleur salivent très abondamment. Il s'agit donc d'une véritable hypercrinie, généralisée à tous les organes glandulaires.

d) *Modifications de l'appareil circulatoire.* — L'appareil circulatoire semble également intéressé. Au moment où la faculté procréative s'éveille, le cœur devient plus puissant et la circulation plus énergique ; l'intensité de cette dernière augmente encore lorsque le désir de procréer se fait sentir (Burdach).

Certains phénomènes vaso-moteurs paraissent dépendre, dans une certaine mesure, des fonctions génitales : la rougeur et la pâleur subites sont chose commune chez l'adolescent ; de même, les palpitations et les douleurs précordiales, qu'on attribue souvent à une hypertrophie cardiaque de croissance, peuvent être considérées comme des manifestations corrélatives de l'activité génitale. Ce n'est donc pas par une simple vue de l'esprit que les romanciers ont localisé l'amour dans le cœur.

Des observations récentes ont même cherché à montrer les rapports qui unissent l'artériosclérose et la continence (1), peut-être en raison d'une synergie orchi-surrénale.

e) *Modifications nutritives.*— La nutrition tout entière est, d'ailleurs, intéressée. L'activité génitale empêche l'accumulation de réserves. Chez les animaux, les mâles maigrissent à la période des amours ; de même, l'adolescent, au moment de la puberté, le génital ne présentent jamais d'embonpoint, mais restent maigres. Au contraire, les hommes chez lesquels la puissance génitale s'éteint ne tardent pas à engraisser (2). De même, la castration amène une obésité rapide, fait dont la zootechnie a tiré parti.

f) *Modifications nerveuses.*— Mais, parmi les manifestations de l'hypercrinie génitale, les plus apparentes, peut-être, chez l'homme sont les manifestations nerveuses et intellectuelles.

Au moment des crises d'hyperorchidie paroxystique, à la puberté, chez le génital, en un mot dans tous les cas où survient une hypersécrétion testiculaire, on retrouve des modifications concomitantes de l'état psychique.

L'individu ne songe plus alors qu'à la satisfaction de l'instinct sexuel : cette préoccupation envahit son esprit tout entier, en déloge toute autre pensée et revêt la forme d'une véritable impulsion à laquelle il ne peut résister : ainsi s'expliquent la brusquerie, la violence de toutes ses actions. L'homme devient, non seulement irritable, impatient, mais brutal même, et son allure générale rappelle celle de l'animal au moment du rut.

Les modifications du caractère des mâles pendant la période d'excitation sexuelle sont, en effet, bien connues : le mâle est jaloux et livre à ses rivaux, des combats terribles, pleins d'acharnement et de rage. Le lapin saisit, à belles dents, les testicules de son rival, cherche à les lui arracher et le met à mort. L'animal le plus doux peut devenir dangereux. Le moment des amours est celui des combats. Car c'est par la force et la violence que le vain-

(1) Le Fur.— Maladies des organes génito-urinaires, *in* Brouardel et Gilbert, fascicule XXII, p. 101.
(2) Burdach. — Traité de physiologie (traduct. Jordan). Tome V, p. 19, 1837.

(1) Remlinger. — Continence sexuelle et artério-sclérose. *Presse médicale*, 19 décembre 1908.
(2) P. Carnot.— Sur différents types pathogéniques d'obésité. (Leçon de la Clinique de St-Antoine). *Bull. Méd.*, 1906.

queur satisfait ses désirs, usurpant, pour lui seul, un droit que la nature a donné à tous (1).

***

Tels sont les traits essentiels des syndromes d'hyperorchidie.

Ces syndromes s'installent à la puberté et répondent alors au rapide développement de la glande génitale, jusque-là organe d'attente sans fonctions.

Ils se manifestent pendant toute la période d'activité sexuelle et cessent d'une manière progressive au moment de la régression testiculaire.

Ils présentent d'ailleurs, des variations chez un même sujet, liées à l'activité fonctionnelle de la glande génitale, et à son hyperplasie anatomique.

Certains éléments du syndrome d'hyperorchidie (la fréquence des coïts, l'apparition des pollutions nocturnes etc.), traduisent l'abondance de la sécrétion spermatique externe. Les autres (caractères sexuels secondaires, phénomènes digestifs, circulatoires et nerveux) réflètent surtout l'activité plus grande de la sécrétion diastématique interne.

Sur un cas d'éventration étranglée guérie par la position inclinée tête basse;

Par A. BASSET
Interne à l'hôpital Necker.

Nous avons eu récemment l'occasion, étant de garde à l'hôpital Necker, d'observer un cas d'étranglement d'une volumineuse éventration chez une femme obèse, chez laquelle les phénomènes alarmants ont disparu en quelques minutes sous la seule influence de la position que nous avons fait prendre à la malade dans son lit.

Voici cette observation :

Madame L..., âgée de 56 ans, blanchisseuse, subit à Necker, en 1900, une cure radicale de hernie ombilicale. Elle est guérie au bout de 21 jours avec une paroi en très bon état.

Mais de retour chez elle, elle commet quelques imprudences et, sans ceinture ni bandage d'aucune sorte, se remet aussitôt à un travail très dur.

Six ou huit mois après son opération, et sans avoir été atteinte de bronchite, la malade, qui n'est pas une tousseuse habituelle, constate elle-même, dit-elle, la présence d'une ou deux petites boules saillant sous la peau au niveau de sa cicatrice, sortant pendant l'effort et rentrant facilement ensuite.

Malgré le port d'une ceinture abdominale, l'éventration augmente progressivement depuis cette époque jusqu'à acquérir le volume d'une tête d'enfant qu'elle présente actuellement. Ce volume est du reste un peu variable et augmente à la suite d'efforts ou de fatigues. La malade a remarqué que la tumeur ne se réduit que difficilement et jamais complètement lorsqu'elle sort ainsi plus volumineuse que d'habitude.

L'état général est toujours resté bon, et la malade, très forte, se porte bien. Cependant depuis l'apparition de son éventration elle ressent des coliques, des douleurs parfois violentes au niveau de sa tumeur, plus intenses également lorsque celle-ci augmente. En outre, la constipation habituelle est apparue et dans ces derniers mois la malade ne va à la selle qu'assez irrégulièrement, difficilement et sous l'influence de laxatifs ou de lavements.

Le 25 décembre 1909, la malade a une journée très dure, travaille beaucoup et se couche tard. Le 26, au matin, au réveil elle éprouve un malaise assez marqué et souffre de coliques vives que n'atténuent pas plusieurs cataplasmes. Elle essaye plusieurs fois et vainement d'aller à la selle et ne peut rendre ni matières ni gaz. Malgré le repos au lit, les douleurs et le malaise augmentent dans la journée et le soir à 9 heures la malade est prise de vomissements verdâtres, puis bientôt après, de vomissements extrêmement fétides, nettement fécaloïdes. La tumeur elle-même est plus grosse, plus dure, plus douloureuse spontanément et au contact qu'elle ne l'a jamais été, au dire même de la malade qui elle-même remarque la présence de mouvements péristaltiques intestinaux qu'elle compare à des vagues.

Elle est amenée en ambulance à Necker dans le service du docteur Routier à 3 heures du matin dans la nuit du 26 au 27. A l'examen, je constate immédiatement une éventration du volume d'une tête d'adulte, dure, extrêmement tendue, très douloureuse à la moindre pression, submate, présentant des mouvements péristaltiques qui se dessinent nettement sous la peau. Absence complète de gaz et de matières depuis le matin. L'état général est encore assez bon ; cependant le visage est un peu anxieux, la langue très sale, l'haleine extrêmement fétide, les nausées fréquentes. La température est à 37°4, le pouls à 86, un peu petit.

Sachant l'extrême difficulté habituelle et la gravité de l'intervention d'urgence dans les cas de ce genre et ayant l'impression qu'il ne s'agit pas ici d'un étranglement à marche aiguë, j'essaye de faire mettre la malade en position génu-pectorale ; mais très rapidement cette position devient intolérable. Je la fais alors recoucher sur le dos, je lui enlève ses oreillers pour qu'elle ait la tête basse, je lui place sous le bassin transversalement un gros traversin plié en deux dans le sens de la longueur pour lui élever le siège et je fais placer sous les pieds du lit deux cubes de bois assez élevés réalisant ainsi une sorte de position de Trendelenburg à plan peu incliné.

Laissant la malade dans cette situation, je vais téléphoner au chirurgien de garde, mon maître le docteur Lecène, à qui j'expose ce que j'ai fait et qui me conseille de faire mettre en plus de la glace sur le ventre.

A mon retour près de la malade, 10 minutes environ après l'avoir quittée, elle m'annonce qu'elle souffre un peu moins et *qu'elle vient de rendre plusieurs gaz par l'anus.* La tumeur a un peu diminué de volume et semble être légèrement rentrée dans l'abdomen. Je fais en m'en allant placer 2 vessies de glace sur l'éventration.

Le lendemain 27, la malade qui est restée jusqu'au matin dans la position inclinée a une selle spontanée abondante à 9 heures du matin. Plusieurs fois dans la journée elle rend des gaz. L'état local et général est très amélioré.

Le 28, ni selle, ni gaz.

Le 29, une selle abondante et des gaz, état très satisfaisant.

Le 30, la malade sort.

Le 31, le 1er et le 2 janvier 1910, pas de selles. Un médecin de la ville prescrit une purge et la malade va plusieurs fois à la selle. Depuis lors et sous l'influence d'un régime légèrement laxatif, l'intestin a repris son fonctionnement normal.

J'ai revu la malade le 16 janvier en excellent état.

Ce qui nous a paru intéressant dans cette observation et nous a engagé à la rapporter, c'est le résultat extraor-

(1) BESCHTEIN. — *Gemeinnue zige Naturgescheschte Deutschlands*, t. I p. 1131.

dinairement bon et rapide obtenu par le traitement pourtant bien simple qui fut mis en œuvre.

L'idée de faire mettre la malade en position genu-pectorale nous fut inspirée par la connaissance des résultats excellents que donne cette pratique dans l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire. Mais il n'est pas étonnant que dans notre cas cette manœuvre n'ait donné aucun résultat et ait même augmenté les douleurs, car elle devait plutôt tendre à aggraver les phénomènes d'étranglement en favorisant peut-être, par suite de la situation déclive de l'éventration, la pénétration de nouvelles anses dans la masse de celles sorties hors du ventre, en augmentant donc la striction de ces dernières, et en accroissant la congestion sanguine.

La position de Trendelenburg a, au contraire, provoqué le dégagement des anses qui sont rentrées dans l'abdomen sous l'influence de leurs mouvements péristaltiques et de la tendance de la masse intestinale à remonter vers le diaphragme par suite de l'inclinaison du tronc.

En tous cas le résultat a été excellent et obtenu en quelques minutes.

Sans vouloir tirer de cette observation unique plus d'enseignements qu'elle n'en comporte, peut-être pourrait-on essayer, sans s'y attarder cependant, de provoquer, par la simple mise des malades en position de Trendelenburg sur la table d'opérations, la réduction des grosses hernies ombilicales ou des éventrations récemment étranglées ou engouées, surtout chez les malades obèses chez lesquelles les difficultés opératoires sont toujours grandes et le pronostic sérieux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les inondations exercent-elles une influence sur le nombre et la forme des psychoses ?

A en croire certains journaux quotidiens, le désastre qui vient de s'abattre sur Paris et ses environs aurait provoqué une recrudescence des troubles psychiques. Nul ne songe à mettre en doute cette assertion : il est communément admis que les bouleversements de ce genre exercent une influence sur l'éclosion des psychoses ; et ce qui rend cette opinion vraisemblable, c'est qu'à chaque instant, dans ces derniers jours, on a pu constater combien les gens impressionnables ont été émus au spectacle des inondations et aussi combien de personnes habituellement pondérées ont manifesté du déséquilibre dans leurs raisonnements et leurs actes.

Malgré tout, il serait intéressant que les aliénistes, en mesure de faire une semblable enquête, nous fournissent des renseignements précis sur le rôle des émotions dans la genèse des troubles délirants pendant les tristes journées que nous venons de traverser.

La catastrophe a-t-elle augmenté le nombre des cas d'aliénation ? A-t-elle simplement déterminé la forme de la psychose ? Quelle était la situation psychique antérieure des délirants ? Autant de problèmes dont la solution mérite d'être cherchée. En effet, le Dr Roubinowitch, dans une intéressante communication faite à la réunion annuelle (1) des Sociétés de psychiatrie et de neurologie sur le rôle des émotions dans la production des psychoses pendant la révolution russe de 1905-1906, nous apprend que les aliénistes de Russie ont émis à ce sujet des opinions absolument opposées. Les uns affirment que l'émotion révolutionnaire a exercé une influence directe et immédiate sur l'éclosion des troubles mentaux : ils donnent les caractères communs à ces psychoses, ils décrivent leurs variétés et leurs particularités. Pour les autres « le rôle de l'émotion des troubles mentaux est réduit à zéro ». Le Dr Bernstein, qui dirige à Moscou l'infirmerie centrale des aliénés, a déclaré à une réunion des aliénistes et neurologistes de Moscou « que pendant la période allant du 1er octobre 1905 au 1er févier 1906, la morbidité mentale n'a pas augmenté à en juger d'après le chiffre des admissions ». Le même confrère fait observer que parmi les malades entrés pendant le même laps de temps il n'a remarqué « aucun cas qui se distingue par sa forme clinique de ceux que l'on observe habituellement ».

Il est inutile d'ajouter que cette communication souleva les protestations de beaucoup d'aliénistes russes. Malgré tout, le professeur Tschij soutint la thèse du Dr Bernstein et cita des chiffres relatifs à la moyenne des présences des malades à la clinique psychiatrique de la ville de Dorpat pendant la période s'étendant entre 1905 et 1907. Or il en résulte que la moyenne de présence des aliénés par jour était moindre en 1905 et 1906 — années particulièrement troublées — que pendant les autres années.

En résumé d'après MM. Tschij et Bernstein, les émotions de la révolution n'ont exercé aucune influence ni sur le nombre, ni sur l'aspect clinique des affections mentales.

La communication de Roubinowitch est donc pleine d'enseignements : elle nous démontre que devant des faits identiques, des aliénistes peuvent soutenir des thèses absolument différentes.

Il reste évidemment à concilier ces deux opinions. Or l'époque que nous traversons me paraissant particulièrement apte à fournir des données pour la solution du problème, je n'hésite pas à demander aux aliénistes compétents d'éclairer définitivement notre opinion.

G. Paul-Boncour.

(1) 13 janvier 1910.

CHIRURGIE PRATIQUE

Examen clinique des lésions traumatiques du coude ;

Par M. Anselme SCHWARTZ
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Les lésions traumatiques du coude présentent, au point de vue de l'examen clinique et du diagnostic, des difficultés souvent considérables, à cause de l'œdème énorme et de l'infiltration sanguine qui suivent très rapidement le traumatisme et impriment au coude des déformations telles que l'exploration du squelette devient infiniment difficile.

Voici comment doit être pratiquée cette exploration :

Il faut d'abord *regarder* soigneusement le coude, et noter :

1° *L'attitude du membre supérieur*, qui est tantôt plus ou moins fléchi, tantôt plus ou moins dévié en dedans ou en dehors. La *déviation latérale* est importante, elle permet de penser à une lésion traumatique du côté opposé au sens de cette déviation.

2° *Le degré du gonflement et sa localisation.*

3° *Le siège de l'ecchymose.* Très souvent cette ecchymose est localisée au côté du coude où se trouve la lésion osseuse ou ligamenteuse ; ou bien elle est plus marquée, plus foncée, plus étendue en ce même point que partout ailleurs.

Avant d'aller plus loin, il faut explorer l'olécrâne, toujours facile à trouver, malgré le gonflement, et il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une fracture de cet os.

Il faut maintenant passer à l'étude des mouvements :

1° *Les mouvements normaux*, flexion, extension, rotation.

La limitation rapide de la flexion permet de penser à une luxation du coude en arrière ; dans cette dernière, par contre, l'extension non seulement est complète, mais on peut obtenir de *l'hyperextension.* La supination enfin est limitée.

La limitation de l'extension est au contraire un symptôme de fracture.

2° Les *mouvements anormaux* et surtout les mouvements de latéralité.

D'une main on fixe solidement l'humérus, pour empêcher tout déplacement latéral, et de l'autre on saisit l'avant-bras, pour lui imprimer un mouvement de latéralité en dedans ou en dehors, le coude étant aussi étendu que possible.

Un mouvement de latéralité nettement constaté *dans un seul sens*, soit en dehors, soit en dedans, permet d'affirmer qu'il existe *du côté opposé*, soit une entorse, soit une fracture d'un condyle huméral.

Un mouvement de latéralité nettement constaté *dans les deux sens* permet d'affirmer l'existence soit d'une luxation du coude en arrière, soit d'une fracture totale transversale, de l'extrémité inférieure de l'humérus.

L'exploration physique du squelette ne fait que confirmer les notions acquises.

On trouve les saillies osseuses à leur place respective, mais un point douloureux très net existe sur l'une ou les deux saillies de l'extrémité inférieure de l'humérus, soit tout à fait au sommet des apophyses (entorse), soit un peu au-dessus d'elles (fracture).

Y a-t-il mouvements de latéralité dans les deux sens ? on dira *luxation en arrière si ces mouvements se passent au-dessous des apophyses*, épitrochlée et épicondyle, que l'on tient d'une main. Au contraire, dans *la fracture transversale de l'humérus, les mouvements de latéralité se passent au-dessus de ces saillies.*

D'une façon un peu schématique on peut, à l'usage du praticien, établir le tableau suivant :

Limitation de la flexion,
Hyperextension,
Mouvements de latéralité dans les deux sens se passant au dessous de l'épiphyse humérale et très étendus

= *Luxation du coude en arrière*

Limitation de l'~~extension~~, ~~flexion~~ extension
Mouvement de latéralité dans les deux sens se passant au dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée,
Douleur très nette au dessus de ces saillies.

= *Fracture sus-condylienne de l'humérus*

Mouvement de latéralité dans un seul sens,
Douleur au côté opposé à ce mouvement

= *Entorse ou fracture d'un condyle ou d'un épicondyle*

La localisation précise de la douleur permet de préciser ce diagnostic.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 17 janvier 1910.

Présidence de M. V. Ritti.

Un cas de trophœdème de la jambe (Présentation de malade). — M. ***Vigouroux*** présente un malade âgé de 45 ans, porteur d'un œdème de la jambe et de la cuisse gauches : œdème segmentaire blanc, dur, indolore, persistant depuis le jeune âge sans préjudice pour sa santé et lui permettant de marcher sans fatigue. Le grand-père du malade aurait eu également une « grosse jambe ».

Ce trophœdème est très conforme à la description du Dr Meige.

Un imbécile calculateur (Présentation de malade). — M. ***Blin*** montre à la Société un enfant de 12 ans qui, mentalement situé sur les limites de la débilité et de l'imbécillité, présente une aptitude singulière à indiquer le quantième des jours, surtout pour les années 1908, 1909, 1910 et 1911. Le temps de réaction pour indiquer ce quantième varie entre 2 et 5 secondes. En dehors de cette facilité à calculer les dates, cet enfant est absolument dénué de toute faculté intellectuelle utilisable.

Une discussion des plus intéressantes s'engage entre MM. Alfred Binet, Pieron Dupain et Blin sur ce cas d'un enfant dont le niveau mental est des plus infimes, dont l'éducation est nulle, et qui arrive à résoudre les problèmes réellement très compliqués.

Un cas de paralysie générale juvénile (Présentation de malade). — MM. ***Lwoff*** et ***Condamine*** présentent un syndrome paralytique très nettement caractérisé chez une jeune fille de 24 ans, internée depuis l'âge de 20 ans. Les antécédents héréditaires sont très chargés : la mère est morte paralytique générale à Ste-Anne. De plus on compte 2 tantes aliénées, une cousine idiote, un oncle aliéné et un débile ; grand-père maternel probablement paralytique général, 4 ou 5 frères ou sœurs aliénés ; un frère suicidé, une sœur débile.

On n'a pas constaté de stigmates positifs de syphilis héréditaire ni acquise. Seuls le jeune âge de la malade et la notion de paralysie générale de la mère militent en faveur de l'hérédo syphilis.

La mère a encore eu au début même de l'évolution de sa paralysie générale une autre fille qui, celle-là, est bien portante. Ce fait est intéressant pour servir à l'étude de la descendance des paralytiques généraux.

Apparition du syndrome paralytique à la suite d'un accident du travail (Présentation de malade). — M. ***Pactet*** présente un malade âgé de 34 ans qui avait toujours eu une excellente santé, jusqu'au jour où, il y a dix-huit mois, il fut victime d'un accident du travail. Il fit une chute de deux mètres de hauteur dans laquelle il se blessa à la face et au genou droit.

A partir de ce moment, il remarqua que sa mémoire diminuait, il éprouvait de plus une sorte d'état vertigineux, et une faiblesse musculaire qui lui rendait tout travail impossible.

Dix mois plus tard, il fut pris d'une crise d'agitation de courte durée, mais qui rendit son entrée nécessaire à l'asile.

Il présentait alors de la confusion mentale, de l'embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire, en un mot le syndrome paralytique.

L'état de l'intelligence s'est notablement amélioré depuis trois mois ; le malade est redevenu capable de travail ; mais il subsiste encore chez lui de l'hésitation de la parole et de l'inégalité pupillaire, sans modification des réflexes lumineux et accommodateur.

L'intérêt du cas réside dans la question de savoir si l'on se trouve en présence d'un syndrome paralytique fugace, consécutif au traumatisme, au lieu d'une paralysie générale définitivement constituée.

L'épreuve du temps peut seule donner la solution de ce problème.

Un cas de simulation (Présentation de malade). — M. ***Leroy*** ex-

pose le cas d'une femme de 35 ans internée d'office pour des idées délirantes de grandeur et de possession à teinte mystique, se prétendant enceinte du Christ, et qui, une fois transférée à Ville-Evrard, affirme avoir simulé la folie parce qu'elle se croyait enceinte des œuvres d'un jeune homme ; elle voulait éviter une explication délicate avec son mari.

Y a-t-il simulation comme le dit aujourd'hui la malade ou bien réticence dans le but d'obtenir sa sortie ? ou encore la malade ne se rend-elle pas bien compte que dans son émotion première, elle a réellement déliré, sous forme d'une fabulation incoercible ? et aime-t-elle mieux croire aujourd'hui avoir simulé que déliré ? M. Leroy discute ces hypothèses. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est que cette femme, simulatrice ou non, n'en est pas moins une aliénée par dégénérescence héréditaire. Elle a toujours été déséquilibrée avec des idées de grandeur et diverses anomalies du caractère.

Traumatisme chez un paralytique général. (**Présentation de pièces et de préparations**). — MM. ***Vigouroux*** et ***Naudacher*** présentent le crâne et le cerveau d'un paralytique général ayant subi un traumatisme important au niveau de la région frontale gauche. Le crâne porte une cicatrice osseuse formant relief à l'intérieur ; l'extrémité du lobe frontal gauche montre un ramollissement traumatique profond au niveau duquel la piemère est nettement plus épaisse. Les préparations histologiques montrent que le processus inflammatoire est nettement plus accentué au niveau et au retour du ramollissement.

Phobie chez une persécutée. — Dr G. ***de Clérambault.*** — Chez une interprétative déprimée avec hallucinations épisodiques, se constitue en 24 heures la phobie de la couleur rouge. Une hallucination introduit cette phobie, mais vraisemblablement, au lieu d'en être cause, elle résulte du même travail d'esprit inconscient. La veille, la malade avait ressenti une forte contrariété à l'occasion d'un achat de tomates, et son activité interprétative avait commencé à travailler sur cette donnée. 42 ans. Hystérie. Opération deux ans environ avant l'apparition nette des idées de persécution. Idées fixes. Discussion sur le rapport des idées fixes avec le délire de persécution et surtout de la phobie avec ce même délire.

Dr G. de Clérambault,
Médecin de l'infirmerie spéciale.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROLOGIE ET RADIOLOGIE MÉDICALES

Séance du jeudi 20 janvier 1910

Présidence de M. Oudin, président.

M. Libotte (de Bruxelles) lit un important travail sur l'e**mploi de l'électricité dans le traitement des fractures.**

Rappelant ses travaux anciens et rapportant de nombreuses observations nouvelles, il montre que l'électrisation précoce pratiquée dès que l'appareil plâtré a été posé, calme la douleur, fait diminuer l'œdème et hâte la formation du cal et surtout prévient tous les troubles consécutifs, en particulier l'atrophie musculaire. On a tous les avantages du traitement des fractures par le massage et la mobilisation tout en gardant l'immobilisation rigoureuse. Dans les suites éloignées des fractures, différents modes électriques ont à intervenir suivant les troubles observés. l'auteur étudie les indications de chacun d'eux et démontre par les faits leur grande efficacité.

M. Laquerrière étudie le **traitement électrique des troubles circulatoires récents ou anciens post-traumatiques.** Appliquée dès le début l'électricité détruit ou prévient les œdèmes, les ecchymoses, etc ; à une période plus tardive, elle fait disparaître les œdèmes, les gonflements, etc. en même temps que la douleur qui les accompagne ; l'A montre par des exemples pris sur des accidentés du travail les indications des divers agents électriques, suivant les divers travaux cliniques (ancienneté, troubles concomitants de l'épiderme, etc.)

M. Belot, dans une communication sur la **radiographie rapide** montre qu'en raison de différentes considérations d'ordre physique, il est bien difficile d'admettre comme exact, en radiographie, le temps de pose de l'ordre du cinquantième ou du centième de seconde. Du reste, il croit pouvoir affirmer qu'en Allemagne comme en France on ne cherche qu'exceptionnellement à obtenir des radiographies ultra rapides. Les étrangers les mieux installés utilisent couramment des poses de quelques secondes.

En France, grâce aux nouveaux matériels intensifs établis par les constructeurs, on peut opérer avec une très grande rapidité comparativement aux anciens dispositifs. Nos résultats sont comparables à ceux des auteurs allemands. M. Belot étudie les différents types connus d'installation et montre que l'obstacle à la radiographie extra-rapide réside dans le tube. Celui-ci ne peut supporter d'une façon courante des intensités dépassant 20 à 25 milliampères et encore la longévité est-elle alors des plus éphémères.

Il montre toute une série de clichés obtenus avec le matériel intensif de Gaiffe en des temps variant d'une demi-seconde à quatre ou cinq secondes pour les membres. Une très belle collection de régions lombaires avec *les contours du rein*, de *la capsule surrénale*, de *l'uretère*, etc., est particulièrement intéressante. Les poses ont varié de 12 secondes à 20 à 25 secondes selon l'épaisseur des sujets.

M. Belot présente un **nouveau matériel intensif pour radiologie, construit par Gaiffe.** Il consiste essentiellement en un interrupteur redresseur de haute tension. Cet appareil, monté directement sur l'arbre de la génératrice à courant alternatif, permet d'utiliser les deux alternances pour l'alimentation des tubes à rayons X. Un transformateur du type industriel, élève la tension du courant fourni par la génératrice.

Ce dispositif supprime les soupapes et assure au tube une régularité et une fixité en tous points comparable à celle obtenue sur machine statique. La puissance disponible n'a pas de limite ... il suffit de calculer en conséquence le rapport des enroulements du transformateur.

Cet appareil a donné d'excellents résultats.

Le Secrétaire général.
Dr A. Laquerrière.

XXIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE

(*Paris*, 4-9 *octobre* 1909) (*Fin*) (1).

3e Question mise a l'ordre du jour.

Intervention chirurgicale dans les traumatismes du rachis et de la moelle.

M. *Sencert* (Nancy), *rapporteur*, traite uniquement dans son rapport des indications thérapeutiques dans les traumatismes rachidiens, laissant à M. Auvray l'étude de la technique opératoire et du choix des procédés.

Ces indications thérapeutiques découlent avant tout de la précision du diagnostic anatomique. Ceci dit, les blessures rachidiennes peuvent se diviser en deux grands groupes suivant qu'elles sont ouvertes ou fermées :

A. — **Traumatismes fermés.** — Suivant que la continuité des corps vertébraux est intacte ou rompue, ils peuvent se diviser en *lésions partielles* et *lésions totales.*

Les lésions partielles comprennent : 1° les *contusions et fractures isolées des corps* ; 2° les *entorses et luxations isolées des articulations latérales* ; 3° les *fractures isolées des arcs et des apophyses.*

Les lésions totales comprennent : 1° la *luxation totale* ; 2° la fracture oblique du corps vertébral avec déplacement en haut et en bas ; 3° la *fracture par compression du corps vertébral* avec déplacement en avant.

La thérapeutique de ces diverses lésions fermées est dominée par la présence des lésions radiculo-médullaires concomitantes. Ces lésions existent dans une partie des lésions partielles et la presque totalité des lésions totales.

Dans un premier groupe de faits, il y a des *lésions intra-médullaires* sans lésion périphérique de la moelle et de ses enveloppes, sans modification du canal vertébral : ce sont les *hématomyélies centrales*, en foyer ou disséminées, qui produisent d'une part

(1) Voir les numéros des 16, 23, 30 octobre et 6, 13 et 20 novembre derniers.

des lésions définitives, destructives de l'axe gris, d'autre part des lésions temporaires par compression des cordons.

Dans un deuxième groupe se rangent les cas où les lésions médullaires sont dues à la compression de la moelle par un épanchement de sang dans le canal vertébral ou par un corps étranger.

Dans un troisième groupe sont les cas où il y a lésions médullaires immédiates, par contusion médullaire, directe ou indirecte.

C'est la connaissance précise de l'évolution anatomique et physiologique de ces lésions qui permet de poser de façon rationnelle les indications thérapeutiques que comportent les traumatismes fermés du rachis.

I. *Lésions du 1er groupe.* — Elles peuvent parfois se réparer complètement.

Mais souvent on voit survenir à leur suite des déformations vertébrales qui sont la conséquence d'une consolidation vicieuse ou d'une non-consolidation de la fracture vertébrale (spondylite traumatique). Le traitement immédiat consiste dans l'immobilisation prolongée précédée ou non de réduction du déplacement. Le traitement tardif des complications osseuses et radiculo-médullaires consiste dans l'immobilisation ou, dans les cas bien déterminés de luxaton avec déplacement progressif ou de pseudarthroses apophysaires, l'intervention sanglante.

II. *Lésions du 2e groupe.* — Les lésions médullaires se divisent en lésions partielles et lésions totales. Leur diagnostic est souvent très difficile.

En tout cas, au point de vue clinique, les traumatismes si complexes du rachis et de la moelle peuvent être divisés en deux groupes :

1° Les cas où le diagnostic de lésion partielle est certain ; 2° les cas où le diagnostic de lésion totale est douteux.

Dans les cas où le diagnostic est certain, s'il n'y a pas de déformation vertébrale, l'opération n'est jamais indiquée primitivement. S'il y a déformation vertébrale, les indications thérapeutiques dépendent de la précision du diagnostic. En cas de luxation cervicale, uni ou bilatérale, il faut pratiquer aussitôt que possible la réduction de la luxation.

En cas de fractures isolées des arcs avec enfoncement, il faut sans hésiter recourir à la laminectomie. En cas de fractures isolées des corps vertébraux où la gibbosité est peu prononcée, les symptômes radiculo-médullaires de moyenne intensité, il faut tenter d'abord de réduire la fracture lentement par le décubitus dorsal et n'intervenir que si les symptômes ne s'amendent pas ou progressent ; — si la gibbosité et les symptômes radiculo-médullaires sont très prononcés, il faut faire une laminectomie.

Lorsque le diagnostic de la lésion totale est douteux, ce qui n'est pas très rare puisqu'aucun des symptômes que l'on a donnés comme caractéristiques d'une lésion totale de la moelle n'est pathognomonique, on peut hésiter aussi sur la thérapeutique à suivre. A quoi bon opérer s'il y a lésion totale puisque celle-ci est irréparable et définitive ? On peut attendre quelques jours et si, au bout de quelques jours, quelques symptômes viennent infirmer le diagnostic de lésion totale, on interviendra.

B. — **Traumatismes ouverts.** — On peut schématiquement les diviser en 3 catégories : 1° les plaies qui n'ouvrent pas le canal vertébral; 2° celles qui ouvrent le canal vertébral sans blesser directement les méninges et la moelle ; 3° celles qui ouvrent le canal et intéressent la moelle et ses enveloppes.

Dans tous ces cas un élément nouveau intervient : l'infection.

Si l'asepsie est complète, il en est comme dans les blessures fermées : les lésions destructives totales sont définitives et irréparables ; la suture médullaire ne donne aucun résultat ; les lésions partielles se réparent si la cause en est passagère ; elles deviennent rapidement destructives si la cause en est permanente.

S'il y a infection on voit survenir la méningo-myélite lente ou aiguë et généralisée.

Donc deux indications : 1° éviter l'infection ; 2° supprimer toute cause de compresson.

Si la pénétration est douteuse et si la plaie est étroite, on peut attendre. Si la plaie est large et s'il y a un écoulement abondant de liquide céphalo-rachiden, il faut nettoyer aussitôt la plaie largement et avec soin.

Si la pénétration est certaine et qu'*il n'y a pas de symptomes radiculo-médullaires*, on peut attendre si la plaie est étroite et intervenir ici encore si la plaie est large. S'il *y a des symptomes radiculo-médullaires* et que le diagnostic soit simple et clair, en cas d'hémisection médullaire par exemple, l'abstention est la meilleure règle en cas de plaie étroite.

Si le diagnostic est douteux, si l'on soupçonne une compression quelconque, on doit faire la laminectomie.

Lorsqu'il s'agit d'une plaie plus ou moins large, le gros danger dans tous les cas, c'est l'infection et il y a lieu d'intervenir dans tous les cas quelle que soit la lésion médullaire.

En résumé, l'action chirurgicale reste et restera toujours limitée par l'impossibilité physiologique de la réparation de la moelle détruite ou divisée. Mais on saura un jour reconnaître cliniquement les cas qu'on peut guérir, et l'opération précoce et complète pratiquée à bon escient donnera alors les plus beaux succès. Il faut donc s'attacher à perfectionner le diagnostic anatomique précis des lésions rachi-médullaires.

M. *Auvray* (Paris), *co-rapporteur*, énumère les diverses méthodes de traitement préconisées et en décrit la technique. Son rapport se divise en deux parties : Dans la première il étudie la thérapeutique des plaies par armes blanches ou armes à feu. La deuxième est relative au traitement des fractures et luxations du rachis.

I. — Ici le but est d'assurer la désinfection de la plaie, d'arrêter l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, d'enlever les esquilles ou corps étrangers susceptibles de comprimer la moelle etc. L'intervention peut être primitive ou secondaire.

Il existe deux grandes méthodes d'ouverture du canal rachidien : la laminectomie définitive, couramment employée et dont la technique est exposée avec soin, et la laminectomie temporaire, dont plusieurs procédés ont été proposés. Les deux principaux sont ceux de Bockiam et de Gavicchia modifié par Alessandri.

Le canal rachidien ouvert, on l'explore ainsi que son contenu et suivant les lésions constatées la conduite à tenir variera bien entendu et l'auteur, passant en revue les diverses lésions qu'on peut avoir à traiter, étudie successivement la manière d'*explorer la moelle* elle-même, la *suture des racines rachidiennes et des nerfs de la queue de cheval*, la *suture des extrémités de la moelle sectionnée* avec ou sans excision ou régularisation préalable du tissu nerveux, suture qui peut se faire suivant deux procédés la *méningo-myélorraphie*, et la *méningorraphie*) ; l'*anastomose des nerfs rachidiens en cas de section de la moelle* ; l'*extraction des corps étrangers*.

Le mode de fermeture du canal rachidien varie suivant le procédé de laminectomie employé.

A la suite de l'opération, le patient devra être couché horizontalement, la tête basse et immobilisé de façon absolue.

Les complications opératoires : hémorragie, fistule céphalo-rachidienne, collection sous-cutanée de liquide céphalo-rachidien, les plaies de l'artère vertébrale, sont ensuite étudiées avec leur traitement.

Le rapport étudie ensuite les voies d'accès sur les faces antéro-latérales des corps vertébraux, dans la région cervicale où il y a deux voies possibles : la voie buccale et la voie latérale du cou ; dans la région thoracique où les corps vertébraux sont particulièrement difficiles à découvrir — et dans la région lombaire où on aura de préférence recours à l'opération de Trèves.

II. Dans le second chapitre, l'auteur a réuni l'étude thérapeutique des fractures et des luxations qui d'ailleurs relèvent des mêmes procédés et entre lesquelles le départ est bien difficile à faire sans le secours de la radiographie.

Les *procédés de réduction* sont ou sanglants ou non sanglants. Ces derniers peuvent être classés en :

1° *Procédés de réduction par la position imprimée au sujet* (procédés de Malgaigne, de Gras et Lothrox) qui malheureusement échouent souvent.

2° *Procédés de réduction par tractions manuelles méthodiques ou non*, faites le plus souvent avec anesthésie, et au cours desquels des accidents mortels peuvent survenir, chose dont il faut soigneusement avertir l'entourage ; ils varient suivant le siège exact de la lésion, mais s'adressent surtout au traitement des luxations cervicales.

3° *Procédés de réduction par tractions à l'aide d'appareils* : méthodes de réduction lente et de réduction extemporanée.

Les procédés sanglants ont pour but de supprimer toute cause de compression médullaire et de réduire à ciel ouvert les fragments déplacés de la colonne en suivant du doigt et de l'œil les divers temps de la réduction pour éviter de produire ou d'aggraver par des manœuvres aveugles les lésions de la moelle, des racines et des méninges.

La trépanation peut être *primitive* ou *secondaire*.

Les procédés de laminectomie sont les mêmes que plus haut ; mais en outre ici il faudra réduire, et le rapport passe en revue toutes les manœuvres auxquelles on peut avoir à recourir dans ce but et plus loin les raisons qui doivent pousser le chirurgien à intervenir secondairement.

Le traitement post-opératoire est important, l'immobilisation surtout, qu'on peut réaliser de façons diverses, la meilleure paraissant être l'appareil plâtré, et qu'on maintiendra longtemps.

Discussion.

M. *Fontan* (Toulon) communique trois observations de laminectomie pour fractures du rachis. L'une concerne une fracture de la 11e v. dorsale avec gibbosité, paraplégie, escharres, etc. L'opération fut faite seulement au bout de 54 jours. Malgré cela la paraplégie fut très améliorée et tous les autres symptômes disparurent. Cette homme marche maintenant sans béquilles.

Le second cas fut opéré au 11e jour. La moelle était entièrement divisée et l'on fit une suture de la dure-mére sans réussir à affronter exactement les deux bouts. Cependant la paralysie s'améliora légèrement et la cystite et l'eschare guérirent.

Le 3e cas avait trait à une blessure par coup de feu à la 10e dorsale.

La moelle était sectionnée également.

Lorsque les deux bouts de la moelle sont écartés, la résection méthodique d'une vertèbre est le seul moyen de les affronter et d'obtenir une réunion par première intention.

M. *Willems* (Gand) rapporte plusieurs observations d'interventions pour fractures du rachis. Quatre de ses malades sont morts dans les jours qui ont suivi l'intervention, Il cite deux cas qui démontrent que des lésions peu étendues de la colonne peuvent donner lieu à des suites longues et graves. D'où la nécessité de faire radiographier systématiquement les contusions de la région lombaire.

Dans un autre cas, où la mort survint par cachexie 15 mois après l'accident, on trouva à l'autopsie une fracture, non encore consolidée, des apophyses épineuses et transverses de la 12e dorsale et de la 1re lombaire et qu'à la hauteur de ces fractures était née une énorme tumeur des méninges médullaires. Ce fait montre la nécessité d'immobiliser immédiatement les fractures partielles de la colonne.

M. *Doyen* (Paris). — Les opérations pour fractures du rachis donnent bien rarement des résultats favorables si la moelle est détruite ou fractionnée. Elles sont au contraire très efficaces lors qu'il n'y a que de la compression.

Il est un accident qui peut survenir dans les interventions pour le mal de Pott cervical, c'est la blessure de l'artére verbrale. L'auteur a imaginé pour la lier un artifice très simple : la résection à la pince-gouge de la demi-circonférence externe du canal des apophyses transverses.

M. *Reymond* (Paris) communique trois observations. Dans une, l'opération ne fut pas faite parce qu'on croyait à une section complète de la moelle et l'autopsie montra seulement un pincement de la moelle. Il attire l'attention sur l'importance qu'il y a à comparer les symptômes de compression aussitôt après l'accident et quelques heures après.

Ce sont les cas où les symptômes, peu accusés au début, se constituent rapidement qui imposent l'intervention la plus immédiate. Ce sont aussi ceux qui donnent les meilleurs résultats.

M. *Vidal* (Angers). — La régénération de la moelle sectionnée est impossible. Mais on pourrait peut-être anastomoser les racines situées au-dessus et au-dessous de la section ainsi qu'il l'a fait une fois chez le chien.

M. *Brunswic-Le Bihan* (Tunis) rapporte un cas de laminectomie d'urgence faite dans un cas particulièrement favorable et suivie de guérison rapide. Il y a tout intérêt à intervenir dans les fractures du rachis et, sous prétexte de commotion médullaire simple, il ne faut pas retarder l'intervention, qui seule permettra un diagnostic exact. Attendre, c'est s'exposer à rendre définitives des lésions encore curables.

M *Kocher* (Berne). — La laminectomie est une opération grave qu'on ne peut guère faire que simplement pour confirmer un diagnostic

Le diagnostic des lésions totales n'est pas aussi impossible que l'a dit le rapporter et en restant fidèle aux indications de Bastien, on n'a pas de déception. Si les réflexes tendineux sont conservés, c'est que la séparation est incomplète et il faut intervenir. Il ne faudrait faire la laminectomie dans tous les cas que si on est décidé à anastomoser les racines nerveuses, en cas de section médullaire complète.

MM. *Maire* (Vichy) et *Raymond* (Lyon) présentent 6 observations de fractures du rachis et concluent de ces faits que la décompression de la moelle et de la queue du cheval donnent de bons résultats. L'amélioration porte souvent sur les troubles sphinctériens et trophiques. La thermo-anesthésie et la spasmodicité persistent. Elles paraissent être la signature de lésions intrinsèques de la moelle (hématomyélie). L'ancienneté des lésions n'empêche pas l amélioration post-opératoire.

M. *Lancial* (Arras) cite un cas de mort subite qui montre combien est indispensable l'immobilisation après laminectomie.

ANALYSES

Les dangers de la sérothérapie ; par le Dr Scheidemandel. (*Munch. mediz. Wochenschrift*, n° 43, 26 octobre 1909).

On sait tous les usages que l'on fait aujourd'hui en thérapeutique du sérum de cheval : en dehors des sérums spécifiques dont l'action est hautement curatrice, comme le sérum antidiphtérique et antiméningococcique, ou bien dont l'action préventive est généralement admise, comme le sérum antitétanique, il est un certain nombre de sérums spécifiques antistreptococcique et antipneumococcique qui sont moins employés en France. Le sérum de cheval est aussi recommandé dans le traitement des hémorragies, de l'hémophilie. Les chirurgiens l'emploient dans certains cas de fistules, abcès, etc.

On sait qu'il n'est pas indifférent de faire pénétrer dans l'organisme de l'homme des albumines de cheval, et les différentes modalités de la maladie du sérum sont bien connues aujourd'hui des cliniciens, qu'il s'agisse d'accidents de première injection ou d'accidents anaphylactiques.

Scheidemandel rapporte à ce propos une observation personnelle fort impressionnante : une jeune fille de 19 ans, atteinte d'une septicémie à streptocoque, est traitée par les différents sérums antistreptococciques, en usage en Allemagne : elle reçoit le 10 et le 14 janvier 10 cc. de sérum en injection sous-cutanée, le 21 janvier : 3e injection, cette fois de 25 cc. et le 5 février, une quatrième injection est pratiquée : au lieu d'injection se produit une infiltration pseudo-phlegmoneuse analogue à ce que M. Marfan a décrit et appelé *phénomène d'arthus*. Le 12 mars, une nouvelle injection sous-cutanée est pratiquée : pendant la durée même de l'injection, la malade ressent des douleurs terribles et a une sensation vertigineuse, puis se jette hors de son lit, demande de l'air, vomit, devient cyanique. Puis apparaissent de petites hémorragies au niveau du front, du cou et de la poitrine, la respiration se suspend, le pouls devient à peine sensible. Des injections de camphre et de caféine font cesser ce collapsus des plus inquiétants et la malade se remet. Les jours suivants, on note simplement un peu de céphalée et la présence d'albumine dans l'urine.

Trois mois après, la malade meurt à la suite d'une intervention chirurgicale pour une ostéomyélite ; l'autopsie ne permet plus de constater la moindre trace des accidents sérotoxiques si graves qui viennent d'être relatés.

L'auteur rapproche de son observation trois observations analogues dues à Klemperer, Umber, Ohlmacher. On pourrait ajouter à cette liste les nombreux faits de même ordre publiés en Amérique récemment, une observation de von Pirquet où le collapsus succéda, il est vrai, à une injection intraveineuse, et un cas de Netter, Aviraguet et Lebret, auquel s'applique la même remarque.

Dans la plupart de ces faits, les accidents de collapsus grave qui ont été signalés ne se produisent que lorsque le malade est en état d'hypersensibilité ou anaphylaxie. L'observation de Scheidemandel en est un exemple probant. C'est un nouvel argument non pas contre l'usage du sérum de cheval dans les cas où il est indiqué, mais contre l'abus qu'on en pourrait faire.

R. DEBRÉ.

L'hémoglobinurie paroxystique ; par M. MACALISTER. (*The Quarterly. Journ. of. med.* v. II. p. 363-396.)

L'hémoglobinurie paroxystique traduit l'hémolyse intra-vasculaire qui se produit lorsque le sérum sanguin devient autolytique. L'autolyse est sous la dépendance de réflexes vaso-moteurs déterminés par l'incitation du système nerveux central ou périphérique. Le plus important de ces réflexes est le froid ; interviennent également le surmenage, l'inanition, la menstruation, facteurs qui provoquent l'hyperexcitabilité de l'estomac, de l'utérus ou du système musculaire. A mesure que le système nerveux devient plus excitable, les accès sont provoqués par des excitations plus légères. La première d'entre elles est généralement le froid, puis les suivantes sont représentées par des causes de moindre importance.

L'hémoglobinurie paroxystique est en relation étroite avec la maladie de Maurice Raynaud, dont les stigmates se retrouvent souvent chez ceux qui présentent cette hémoglobinurie. D'autre part, chez 6 % des sujets atteints de la maladie de Raynaud, on trouve de l'hémoglobinurie.

L'accès paroxystique s'accompagne d'une notable destruction d'hématies. Le nombre des leucocytes n'est pas sensiblement modifié ; mais ils interviennent activement dans l'hémolyse ; l'autolyse et l'hétérolyse sont toujours accompagnées d'une suractivité phagocytaire.

Le sérum des hémoglobinuriques paroxystiques est isolytique et autolytique. Il détruit les globules rouges de l'individu sain et du malade qui le produit.

Après l'accès, le sang se régénère et reprend rapidement son caractère normal.

On note pendant l'accès une augmentation de volume de la rate et du foie.

G. L.

BIBLIOGRAPHIE

Traité international de psychologie pathologique, sous la direction du Dr A. MARIE. Tome I. *Psychopathologie générale*, un volume grand in-8 de 1028 pages avec 353 gravures. (Félix Alcan, éditeur, Paris, 1910.)

« Par ces temps d'internationalisme scientifique, au moment où les théories adverses s'entrepénètrent d'une nation à l'autre pour se revivifier mutuellement et féconder le champ des recherches, on sent tomber la barrière des frontières scientifiques : il était donc temps de réunir dans un traité collectif les tendances variées en s'efforçant de concilier leur diversité originale avec les quelques données générales communes à tous les psychiâtres modernes. »

Par ces paroles, le Dr Marie indique nettement le but qu'il poursuit : il a demandé aux psychiâtres de tous les pays de traiter les questions qui leur étaient le plus familières et il faut reconnaître que les articles de ce premier volume présentent un intérêt et une originalité incontestables. Peut-être dans certains cas les auteurs ont-ils quelque peu ignoré les travaux de leurs confrères étrangers, mais on ne peut reprocher un semblable défaut quand on sait le but poursuivi et c'est pour y répondre que j'ai cité textuellement les paroles du Directeur de cette publication.

Une des caractéristiques de ce premier volume est de mettre en relief cette idée juste que les fonctions cérébrales ne sont compréhensibles qu'autant qu'on les étudie dans leur action synergique avec les fonctions de tous les autres organes. Les maladies du cerveau ne peuvent être étudiées isolément.

On trouve en premier lieu un exposé du professeur Grasset sur l'unité neuro-biologique humaine, suivi d'un aperçu historique du Dr del Greco sur l'évolution des sciences psychiques.

Le Dr Marie expose d'une façon précise et nouvelle les données anthropologiques toujours incomplètes dans les traités de médecine mentale.

Après des considérations anatomo-pathologiques viennent deux chapitres fort intéressants : l'un du professeur Mano sur l'évolution psychique à l'époque pubère et l'autre sur les méthodes d'examen clinique par les professeurs Crouslon, Betcherew, Ferran, Carrara.

Ce traité très complet, au courant de toutes les recherches nouvelles et de tous les faits récents, véritable encyclopédie, fait autant d'honneur à son directeur qu'à celui qui l'a édité avec un soin scrupuleux.

Dr Paul-BONCOUR.

Cent consultations médicales pour les maladies des enfants ; par le Dr COMBY. 1 volume in 16 de 190 pages. (Masson, éditeur, Paris, 1910.)

On a dit depuis longtemps que les familles jugent un médecin à la façon dont il soigne les enfants. Et, en effet, un jeune praticien est souvent embarrassé quand il s'agit de libeller une ordonnance sous les regards anxieux des parents. Le volume du Dr Comby lui sera précieux, car il donne sur les principales maladies infantiles une consultation claire, nette, précise. Les maladies sont rangées par ordre alphabétique, chacune des prescriptions est accompagnée de notions pratiques fort utiles au traitement. Ce volume aura du succès, car il émane d'une personne dont la compétence en pédiatrie est incontestée, et il rendra service à tous ceux qui ne sont pas suffisamment familiarisés avec la pratique courante des maladies de l'enfance.

G. P.-B.

Formulaire de poche pour les maladies des enfants ; par le Dr COMBY. Troisième édition. (Chez Vigot, éditeur. Paris, 1910. Un volume in-18 raisin de 636 pages.)

Cette troisième édition du formulaire du Dr Comby a été entièrement refondue et rendue conforme au nouveau Codex. Des articles nouveaux, exigés par les progrès de la pédiatrie, ont été introduits. Malgré tout, le ton de l'ouvrage n'a pas changé.

Dans la première partie sont exposées par lettre alphabétique toutes les maladies de l'enfance au point de vue du traitement qu'elles comportent.

Dans la deuxième partie sont rangés alphabétiquement les médicaments en usage dans la médecine des enfants. Ce livre se termine enfin par une table de posologie.

Nul doute que cette nouvelle édition n'ait le même succès que les précédentes.

G. P.-B.

Les eaux minérales, milieux vitaux ; par le Dr FLEIG (de Montpellier), 513 pages in-8° avec 16 fig., dont 15 planches hors texte, 10 frs. Paris. A. (Maloine, éditeur, 1909.)

L'auteur expose dans cet ouvrage l'ensemble des recherches expérimentales et cliniques qu'il a entreprises depuis plusieurs années sur la question de l'utilisation des eaux minérales en tant que sérums artificiels (milieux vitaux), et, comme conclusion pratique, arrive à les préconiser en injection dans les tissus à un double point de vue : 1° au point de vue de leur application en tant que sérums artificiels proprement dits ; 2° en tant que nouvelle méthode d'application du traitement hydrominéral. L'ouvrage intéresse donc à la fois la *physiologie* pure, la *thérapeutique* et l'*hydrologie* proprement dite.

Après avoir consacré la *Première partie* à la *Genèse de la question des injections intratissulaires d'eaux minérales* et montré l'intérêt très général de ces recherches et de celles qu'elles suscitent, [il examine dans la *Deuxème partie*, les conditions auxquelles doivent répondre les diverses eaux minérales pour pouvoir être utilisées comme sérums artificiels ou milieux vitaux et être injectées dans l'organisme.

La *Troisième partie*, fondamentale, expose les faits relatifs à la *théorie* et à la *démonstration expérimentale des eaux minérales milieux vitaux, sérums artificiels*, qui s'appuie sur une triple série de constatations : 1° leur injectabilité en quantités énormes et par les diverses voies possibles, chez l'animal et chez l'homme ; 2° les effets de leurs transfusions après des saignées massives, chez l'animal et chez l'homme ; 3° les faits de survie et de reviviscence d'organes ou d'éléments cellulaires isolés du corps dans les eaux minérales. La conclusion relative à la première série de faits est que toutes les eaux minérales sont injectables, même

en grandes quantités, dans les tissus ou dans le sang. D'autre part, des eaux minérales dont la composition est à la fois quantitativement assez différente de la composition minérale du plasma sanguin peuvent être néanmoins injectées en quantités massives dans le sang, ce qui permet leur emploi comme sérums artificiels répondant à certaines indications spéciales (eaux alcalines).— La deuxième série d'expériences montre que des transfusions de grandes quantités d'eaux minérales après des saignées très abondantes sont extrêmement bien supportées et permettent la survie d'animaux, qui, non transfusés, auraient sûrement, succombé, vu l'importacce de ces saignées. Chez l'homme, les transfusions d'eaux minérales s'accompagnent de divers effets utiles sur le sang ou la circulation.— Enfin, d'après la dernière série d'expériences, beaucoup d'eaux minérales à un état de concentration moléculaire convenable sont capables de conserver l'irritabilité et d'entretenir les mouvements spontanés des organes à fibres lisses pourvus de ganglions, tels que l'intestin, l'utérus, la vessie, complètement séparés du corps et immergés simplement dans ces liquides. L'auteur étudie en détail les diverses particularités concernant ces survies dans les eaux minérales et, notamment, l'action de la température et de la survie à basse température, certains organes pouvant se contracter encore dans les eaux minérales par réchauffement progressif, même après huit et neuf jours de conservation. L'uretère et divers organes à fibres striées (muscles du squelette, œsophages de lapin) ou le cœur donnent lieu à des observations de même ordre.

La *Quatrième partie* de l'ouvrage a trait à l'étude des effets physiologiques des injections d'eaux minérales dont il n'a pas été question dans les précédentes parties et montre que l'action des eaux minérales en injections est souvent plus puissante que celle du sérum physiologique ordinaire.

Dans la *Cinquième partie*, très clinique, se trouve l'exposé des *déductions et applications thérapeutiques* des injections intra-tissulaires d'eaux minérales. L'auteur conseille d'une façon générale ces injections à la fois dans les cas où les injections de sérum artificiel ordinaire ou d'eau de mer isotonique sont indiquées et dans ceux où l'on croira avoir intérêt à appliquer une cure hydrominérale devant réaliser le maximum des conditions d'activité. Malgré les avantages multiples des injections intra-tissulaires d'eaux minérales en tant que moyen de balnéothérapie cellulaire proprement dite et d'application de la cure hydrominérale en général, il termine en recommandant le plus grand discernement dans l'usage de ces injections, et en montrant qu'elles ne se substituent nullement aux moyens d'administration habituellement employés. Soulignons en finissant la portée générale de cet ouvrage qui ébauche un groupe d'études dont l'ensemble peut constituer la base d'une hydrologie expérimentale.

Les synthèses dans le groupe de l'indigo, par Em. Pozzi-Escot. Collection : Les actualités scientifiques et biologiques. (Paris, 1909, 1 volume in-18, 108 pages. Librairie J. Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe). Prix: 1 fr. 50).

L'application des méthodes de synthèse chimique à l'industrie offre un intérêt considérable, non seulement au point de vue spécial d'une application déterminée, mais encore et surtout par l'enseignement général qui se dégage de l'esprit d'initiative qu'elles nécessitent et par l'ensemble des connaissances à la fois théoriques et pratiques qu'elles exigent. La synthèse chimique a opéré une véritable révolution dans l'industrie des parfums et troublé dans leurs habitudes de nombreux industriels qui édifiaient des fortunes par la continuation à peine modifiée des traditions ancestrales. Après l'industrie des parfums, celle de l'indigo naturel est à son tour victime des progrès de la chimie. L'auteur nous montre une à une les étapes franchies pour arriver à ce résultat, en décrivant les différentes méthodes successivement élaborées pour fabriquer à l'usine le bleu de l'indigo dont la culture faisait vivre des millions d'êtres humains. L'étude de cette nouvelle industrie est féconde en enseignements aussi bien pour les chimistes que pour les économistes.

Faculté de médecine de Paris.

Examens de doctorat. — *Lundi* 14 *février*, à une heure. — Médecine opératoire. *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Gosset.—2e (1re série): MM. Gautier, Langlois et Branca); — (2e série): MM. Roger, Desgrez et Mulon.— 3e (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Potocki et Rieffel ;—M. Zimmern, suppléant.— 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard ; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper;— M. Legry, suppléant.

Mardi 15 *février*, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Lecène et Lenormant. — 2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et Nicloux ; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et Maillard. 3e (oral, 1re partie) : MM. Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Thiéry.—4e MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard;— M. Brumpt, suppléant.—5e chirurgie (1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e partie, 1re série) : MM. G. Ballet, Gouget et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Chauffard, Carnot et Nobécourt ; — M. Claude, suppléant.

Mercredi 16 *février*, à une heure. — Médecine opératoire. *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Nicolas, Campenon et Proust ; — (2e série) : MM. Hartmann, Retterer et Mauclaire. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez, et André Jousset. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Grey et Mulon ; — (2e série) : MM. Pouchet, Langlois et Branca ; — (3e série) : MM. Roger, Macaigne et Zimmern. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Rieffel et Couvelaire ; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 17 *février*, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry, et Marion ; —(2e série) : MM. Retterer, Auvray et Lecène.— 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.—2e (1re série) : MM Ch. Richet, Remy et Richaud ; — (2e série) : MM. Pouchet Launois et Nicloux ; — (3e série) : MM. Prenant, Gley et Desgrez.—3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Morestin et Lenormant. — 4e MM. Chantemesse, Thoinot et Carnot ; — M. Jeanselme, suppléant.

Vendredi 18 *février*, à une heure. — Médecine opératoire. *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Lejars et Rieffel.—2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Branca ; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Mulon ; — (3e série) : MM. Pouchet, Retterer et Zimmern ; — (4e série) : MM. Roger, Desgrez et Macaigne.—3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Mauclaire et Couvelaire ;—(2e partie) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Sicard ; — M. Legry, suppléant.— 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.— (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust ; — M. Lœper, suppléant.

Samedi 19 *février*, à une heure. — Médecine opératoire. *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Lecène et Lenormant. — 2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca ; — 2e série) : MM. Chantemesse, Launois et Nicloux ; — (3e série) : MM. Prenant, Gley et Maillard. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Marion ; — M. Carnot, suppléant. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin, et Brindeau ; — M. Brumpt, suppléant.

Thèses. — *Mercredi* 16 *février, à une heure.* — M. Huet. Une campagne contre la phtiriase dans les écoles publiques du Havre (MM. Gariel, président ; Gaucher, Marcel Labbé et Lœper). — M. Chopin, Intra-dermo-réaction sporotrichosique (MM. Gaucher, président ; Gariel, Marcel Labbé et Lœper). — M. Fontanier, Thyroïdite aiguë grippale (MM. Segond, président ; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne). — M. Roux. Une malformation scapulaire simulant la paralysie du muscle grand dentelé (MM. Delbet, président ; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne).

Jeudi 17 *février, à une heure.*— M. Vincent. Des méningites chroniques syphilitiques. Les lésions des nerfs de la base du cerveau dans le tabes (MM. Raymond, président, Chauffard, André Broca et Claude). M. Bergeron, Contribution à l'étude des rapports de l'épilepsie avec le traumatisme (MM. Raymond, président ; Chauffard, André Broca et Claude). — M. Barbaux. Etude médico-psychologique sur le suicide chez les enfants (MM. Raymond, président; Chauffard, André Broca et Claude). — M. Chaperon. Traitement des épithéliomas cutanés par le grattage et la radiothérapie (MM. Chauffard, président ; Raymond, André Broca et Claude). — M. Paynel. De la chute brusque de la température dans la fièvre typhoïde (MM. Hutinel, président ; Pozzi, Gilbert Ballet et Fernand Bezançon). — M. Mainvielle. Troubles de la miction dans les fibromes de l'utérus (MM. Pozzi, président ; Hutinel, Gilbert Ballet et Fernand Bezançon). — M. Bouchaud. L'aliénation mentale dans l'armée. Contribution à l'étude de sa fréquence, de ses conséquences médico-légales et de sa prophylaxie (MM. Gilbert Ballet, président ; Hutinel, Pozzi et Fernand Bezançon).

TRAVAUX ORIGINAUX

Recensement des enfants anormaux des Ecoles publiques de la Ville de Saint-Omer;

Par le docteur CAILLARD,
Sous-inspecteur de l'Assistance publique à Saint-Omer.

INTRODUCTION

Après avoir étudié les pupilles de l'Assistance publique de notre circonscription (1), et montré la proportion élevée d'anormaux d'âge scolaire qui s'y rencontrent (44 %), il nous a paru intéressant d'examiner les enfants des écoles publiques de la ville. C'était, pensions-nous, rendre service à ces derniers, et augmenter en même temps notre documentation sur un sujet des plus intéressants.

Pour procéder à ce recensement, nous avons eu recours à l'obligeance de M. Louis, inspecteur de l'enseignement primaire, et à celle de son successeur, M. Poirel, qui nous obtint l'autorisation de M. l'Inspecteur d'Académie Ferrand.

D'autre part, le personnel enseignant répondit d'une manière très complète au questionnaire que nous lui avions adressé, et nous remercions très sincèrement les maîtresses et les maîtres dévoués qui n'ont marchandé ni leur temps ni leur peine. Une seule directrice d'école, n'ayant sans doute pas saisi toute la portée de cette enquête ou cédant, peut-être, on ne sait à quelle crainte chimérique, nous a fait savoir que son école, composée de 200 élèves environ, ne renfermait aucune anormale.

Nous devons également signaler l'excessive parcimonie d'une autre directrice, qui a certainement dans ses classes un nombre d'anormales supérieur à celui qu'elle nous a indiqué.

Muni de ces premiers renseignements, nous avons établi des fiches sur le modèle de celles qu'a imaginées la commission d'enquête de Bordeaux.

En utilisant encore ici la méthode bordelaise, nous n'avons pas seulement obéi à nos sentiments de profonde reconnaissance pour le maître qui nous a initié à l'étude des anormaux et guidé avec tant de bienveillance dans une science nouvelle pour nous ; l'unité de méthode était, à nos yeux, indispensable pour obtenir des résultats comparables entre eux. Nous savions, en outre, que cette classification si souple permet de retenir toutes les variétés possibles d'anormaux.

Avant d'entrer au cœur même de notre sujet, nous tenons à faire une remarque importante ; c'est que nous avons laissé de côté : 1° tous les pupilles de l'Assistance publique fréquentant les écoles de la ville ; 2° tous les enfants qualifiés « retardés pédagogiques ». Cette double mesure s'explique par l'existence de notre premier travail et par le désir de produire une statistique aussi exacte que possible.

Considérations générales.

Inférieure à celle que nous avons rencontrée chez nos pupilles, la proportion des anormaux des écoles publiques de la ville de St-Omer est cependant assez inquiétante. Elle est, d'ailleurs, à peu près telle que nous l'avions prévue, c'est-à-dire supérieure à celle de Bordeaux et de Narbonne par exemple.

Hérédité. — Nous ne croyons pas nous tromper en attribuant en partie ce fait aux mœurs des habitants, à l'*usage immodéré des alcools et du tabac* en particulier. Pour une population de 20.993 habitants, comprenant 4.745 électeurs, on peut compter sur l'annuaire de 1909, 248 cafés ou estaminets qui, presque tous font leur affaires. Ce chiffre se passe de commentaires. D'autre part, on sait que le département du Pas-de-Calais est, avec ceux de l'Orne et des Côtes-du-Nord, un foyer d'alcoolisme en pleine activité. La consommation générale semble s'abaisser partout, sauf dans ces trois départements (Dr Courmont). Ce sont, bien entendu, les vins de liqueurs et les alcools industriels qui se boivent le plus.

Parmi les alcools industriels les plus en honneur, il faut citer le genièvre qu'on boit pur, et qu'on mélange aussi très souvent au café, quand on n'y jette pas un affreux alcool quelconque ; ce mélange d'alcool industriel et de café est ce qu'on nomme « la bistouille ». Les enfants en boivent leur bonne part, et Dieu sait le nombre de bistouilles qui s'ingurgitent chaque jour !

Quant au *tabac*, sa consommation officielle a été en 1908 de 49.679 kilogs 390 grammes pour le tabac à fumer. Cela fait, en chiffres ronds, 2 kilos 1/2 de tabac à fumer par habitant. Mais la consommation est, en réalité, supérieure, tant à cause de la contrebande qu'à cause du nombre des non-fumeurs. Les quantités de tabac livrées par la régie sont à peu près les mêmes tous les ans, nous a déclaré le très aimable fonctionnaire qui nous a renseigné.

Quoi qu'il en soit, voici les chiffres fournis par notre enquête. Sur 130 familles au sujet desquelles nous avons pu obtenir des renseignements précis au point de vue des habitudes alcooliques, on nous a signalé 92 fois, c'est-à-dire dans près des 3/4 des cas, l'alcoolisme de l'un (29 fois) ou des deux générateurs (63 cas).

Ajoutons que la misère, la tuberculose et l'absence d'hygiène contribuent dans une assez large mesure à créer chez les enfants une prédisposition aux tares physiques et psychiques.

Si la *misère* est parfois grande dans les ménages ouvriers de Saint Omer, la gêne y est fréquente. Cela tient d'abord à ce que l'ouvrier porte une trop grande partie de son salaire chez les débitants d'alcool et de tabac ; cela dépend aussi de l'insuffisance des salaires dans une ville où la vie matérielle est coûteuse, et où les pauvres sont souvent chargés de progéniture. La famille ouvrière moyenne se compose de 4 ou 5 enfants.

A ce propos, nous ferons remarquer que notre constatation personnelle vient à l'appui de celle de M. le Prof. Régis. Ce sont, malheureusement, les familles d'alcooliques qui comptent le plus d'enfants, et quels enfants ! Si la mortalité infantile, malgré les efforts généreux — mais peut être inconsidérés au point de vue de la race, — de la bienfaisance publique et privée, se charge d'éliminer un certain nombre d'unités moins résistantes que les autres, il suffit de regarder autour de soi pour se convaincre que les alcooliques conservent quand même, en matière de progéniture, la supériorité numérique. Il y a peut-être là, comme l'a signalé déjà M. le prof. Régis, un danger qu'il convient de ne pas perdre de vue quand il s'agit de distribuer des secours aux « familles nombreuses ». La collectivité a pour devoir de soulager la misère, mais, sa philanthropie doit être en même temps avisée, et il serait assurément regrettable qu'elle donnât, dans certains cas, une sorte de prime à l'alcoolisme. Au-dessus de l'individu, la Société doit voir la race.

Mais, revenons à Saint-Omer. Le gain journalier moyen de l'ouvrier varie, selon les métiers, de 2 francs à 3 francs 50 par jour ;

En admettant que la femme et l'un des enfants apportent leur part, nous arrivons à un total de 5 fr. par jour environs C'est, en réalité, avec beaucoup moins que la plupart de nos ouvriers doivent subvenir aux besoins des leurs, et le problème, déjà difficile pour des gens qui savent compter, devient bien ardu, tant à cause des journées de chômage, volontaire ou forcé, que des déplorables habitudes alcooliques et tabagiques de la région. Notons enfin, en passant, que les privations sont d'autant plus grandes que la coquetterie ne perd jamais ses droits et que les familles les plus malheureuses n'ont qu'un idéal : atteindre au « luxe » de leurs voisins.

La *tuberculose* frappe un grand nombre de sujets et cela se conçoit facilement dans une ville où les logements ouvriers sont, trop fréquemment encore, des taudis sans air et sans lumière, où s'entassent pêle-mêle tous les sexes et tous les âges. Il faut avoir pénétré, comme nous, dans certains de ces logements pour s'en faire une idée exacte

Pour les 130 familles sur lesquelles nous avons eu des renseignements certains, nous avons noté 37 fois la tuberculose de l'un (32 cas) ou des deux auteurs (5 cas). Cela fait plus du tiers, proportion vraiment énorme.

Quant à l'hygiène, comment l'appliquer dans des logements malsains par eux-mêmes et encombrés? Aussi n'existe-t-elle pas, et nous avons été frappé, au cours de notre enquête, de la saleté corporelle des enfants examinés.

Aussi, en attendant que les articles 11 et suivants de la loi du 4 février 1902 sur les logements insalubres soient rigoureusement

(1) « Les Pupilles anormaux de l'Assistance Publique », in *Revue Philanthropique* des 15 avril, 15 juin et 15 juillet 1909.

appliqués partout, et que le bureau d'hygiène nouvellement installé fasse sentir sa bienfaisante action, applaudissons-nous de tout cœur aux efforts généreux de la *Société des logements à bon marché*, qui veut donner à l'ouvrier une maison saine et d'aspect réconfortant. Il faut également féliciter la *Société des jardins ouvriers*, qui, en organisant l'assistance par le travail. détourne le pauvre à la fois d'une mendicité humiliante et de l'alcoolisme.

Pour être complet, mentionnons encore dans l'hérédité de nos anormaux 10 cas de *folie* ayant nécessité l'internement ; six fois la folie a frappé le père ou la mère, deux fois les grands-parents et deux fois des collatéraux (oncles).

L'épilepsie nous a été signalée 8 fois et le nervosisme 4 fois.

Nous ne parlerons pas de la syphilis, manquant de renseignements précis à cet égard. Mais, si nous en jugeons par le nombre et la qualité des stigmates physiques constatés, l'hérédité syphilitique est assez fréquente.

Ces considérations faites, nous allons passer en revue les principales tares psychiques et somatiques relevées chez nos anormaux.

Examen psychique. Mensonge. — La proportion des menteurs des deux sexes est assez élevée : 35 %. Nous ne trouvons d'ailleurs pas, chez ces sujets, le mensonge très imaginatif, l'affabulation presque géniale signalée par certains auteurs et que nous avons rencontrée nous-même chez certains pupilles. Leurs mensonges sont plus terre-à-terre, plus pratiques en quelque sorte, sans perdre pour cela leur caractère maladif de répétition et d'impulsivité. Certains de ces enfants « mentent comme ils respirent », nous a-t-on dit ; leurs mensonges sont parfois stupides, inutiles, mais le plus souvent, ils ont pour but d'éviter une réprimande en rejetant la faute sur un camarade.

Insensibilité morale. — L'insensibilité *morale* et la *méchancelé* viennent ensuite, avec la même proportion de 35 %. C'est d'ailleurs, assez logique, l'une et l'autre allant souvent de pair : « Toujours battant, toujours battu, ne rêvant que plaies et bosses », écrivait un maître au sujet d'un de ses élèves , « avec cela, insensible aux bonnes paroles comme aux reproches » ; nous pouvons appliquer cette définition, avec quelques variantes, à tous les anormaux, catalogués sous la rubrique « insensibles et méchants ».

Par ordre de fréquence, nous citerons encore les tics, les troubles de la parole, le vol, la masturbation, l'onychophagie, le vagabondage, et divers troubles nerveux.

Les *tiqueurs* existent dans la proportion de 20 %. Les uns sont atteints de *tics localisés* aux paupières, au nez, aux lèvres, etc., les autres, de *tics associés* qui leur donnent un aspect plus ou moins grimaçant D'autres, enfin, présentent des *tics d'habitude.* C'est ainsi que quatre fillettes, arriérées moyennes et légères, inclinaient, avant de nous répondre, la tête sur une épaule.

Un de nos distingués confrères, M. le docteur Pley, oculiste de passage à St-Omer, à qui nous avons mentionné ces quatre cas, pense que cette attitude singulière pourrait être due à une anisométropie, à une fatigue de convergence se produisant chez des hypermétropes forts. En effet, dit-il, pour éviter cette fatigue oculaire bi-latérale, de la diplopie, peut-être, par défaut de régularité dans la convergence, le sujet n'aura-t-il pas tendance à se contenter, pour la vue de près, de la vision monoculaire ? D'où l'inclinaison de la tête pour supprimer la vision d'un œil ; c'est le geste des malades atteints de diplopie.

Deux de nos fillettes se faisaient, en outre, remarquer par leurs traits épais et leur physionomie peu expressive. Ce manque d'expression peut être encore attribué à l'insuffisance de la vision, qui explique également l'inaptitude des sujets aux travaux scolaires. Ce n'est pas seulement « dans le nez des cancres » qu'il faut chercher des excuses à leur paresse ; souvent un paresseux n'est qu'un hypermétrope fort, ou bien un astigmate, et il suffit de bons verres pour changer la vie d'un enfant.

Troubles de la parole. — Les *troubles de la parole* relevés chez 38 sujets (soit 19 %) ont consisté en bredouillement (13 cas), bégaiement (8), chuintement (5), impossibilité de prononcer certaines lettres ou diphtongues)4), nasonnement (2), zézaiement (2) et grasseyement (2) ; enfin 2 enfants blésaient.

Vol el maslurbalion. — Nous ne donnons le pourcentage du *vol* (12 %) et de la *maslurbalion* (11 %) qu'à titre d'indication générale, un certain nombre de cas ayant dû forcément échapper à la surveillance. Ce dernier stigmate n'a été signalé que chez 3 fillettes, soit parce qu'il est plus difficile à dépister, soit parce qu'il est réellement moins répandu dans la population féminine des écoles.

Plusieurs garçons signalés par les maîtres pour leurs habitudes vicieuses avaient un développement marqué des organes génitaux et sont même entrés en érection au cours de l'examen.

Vagabondage. — L'*onychophagie* et le *vagabondage* sont également plus fréquents chez les garçons (4 fois plus). Notre statistique donne pour les deux sexes les proportions suivantes : 9 % d'onychophages et 7 % de vagabonds. Nous n'avons d'ailleurs pas rencontré, parmi ces enfants, des vagabonds endurcis comme parmi nos pupilles. Ce sont plutôt des sujets coutumiers de simples fugues et aimant l'école buissonnière.

Parmi les troubles nerveux, nous signalerons la déséquilibration, l'épilepsie, la neurasthénie, les terreurs nocturnes, la céphalée, l'émotivité exagérée et un cas de *stéréotypie.*

Nous ne voulons pas trop nous étendre sur ces diverses manifestations morbides, mais quelques détails nous paraissent utiles à consigner.

Déséquilibration. — Il fut un temps où nous aurions, sans hésiter, qualifié d'hystériques les manifestations observées chez certaines fillettes. Mais, le mot est dangereux à prononcer aujourd'hui, et en attendant que l'accord se fasse entre les combattants sur les ruines de l'ancien édifice pathologique, nous emploierons le terme moins compromettant de déséquilibration. Jamais, d'ailleurs, en classe du moins, on n'a constaté de crises convulsives chez les sujets en question. De l'agitation. des tremblements avec cris et déluge de larmes, et l'orage disparaissait. Toutes ces fillettes se font remarquer par leur surexcitabilité comme par leur désir de se « rendre intéressantes » c'est ainsi que l'une « n'agit que dans le but d'attirer l'attention, se rendant ri « dicule pour y parvenir ; ne parlant qu'en faisant mille contor- « sions de la bouche, elle est arrivée à ne plus pouvoir s'en empê- « cher, ce qui lui donne une prononciation tout à fait inintelligi- « ble ».

Une autre montrera une vanité excessive, un esprit dominateur, qui l'inciteront à taquiner perpétuellement ses camarades et à les frapper au besoin si elles se rebiffent.

Une de ces jeunes malades, atteinte de diplopie, avec rétrécissement du champ visuel, agitée, taquine, onychophage, présentait, en outre, des céphalées fréquentes, très douloureuses, et des rêves effrayants (assassins). Elle nous a dit qu'elle buvait du café trois fois par jour.

Nous citerons encore 12 cas d'émotivité exagérée. La jeune D. . par exemple, très impressionnée par un interrogatoire pourtant bien paternel, s'est presque évanouie, et il a fallu la faire asseoir. D'autres manifestaient leurs troubles par des pleurs, des tremblements, etc.; d'autres se sont enfuis de l'école en apprenant que nous allions les examiner.

Epilepsie. — L'*épilepsie* a été rencontrée 7 fois, dont trois fois sous la forme convulsive compliquée de manifestations larvées. La plupart du temps, ces dernières ont consisté en absences, gestes et actes impulsifs. C'est ainsi que l'un de nos jeunes malades se mettait tout d'un coup, et sans motif, à pousser des cris inarticulés ; un autre se levait de sa place pour aller frapper un camarade, et revenait s'asseoir ; un troisième prononçait des mots orduriers, etc.

Troubles du sommeil. — Les *cauchemars* nous ont été signalés chez 7 sujets ; la plupart du temps, ces cauchemars consistaient en visions terrifiantes d'assassins, de taureaux furieux, et d'incendie. D'assez nombreux sujets nous ont en outre déclaré avoir le sommeil très agité.

Céphalée. — Huit fillettes se plaignaient d'avoir des *céphalées* fréquentes, les empêchant de travailler. Chez l'une, cette céphalée s'accompagnait d'idées mélancoliques avec tendance au suicide.

Sléréolypie. — Nous croyons intéressant de signaler encore un cas de tendance à la *stéréolypie*. Un de nos sujets, arriéré moyen

porteur d'une asymétrie crânienne faciale très marquée, de dents d'Hutchinson, et de végétations adénoïdes, atteint en outre d'otorrhée, de constipation, de lordose, et de trouble de la parole (chuintement), s'asseyait toujours à la façon des mongoliens, les jambes croisées, ou bien une jambe sous les fesses.

Troubles divers. — Enfin nous en aurons terminé avec cette partie de notre examen quand nous aurons mentionné : 1° la *maladresse* de la plupart des anormaux arriérés ; l'un est incapable de remettre sa chemise à l'endroit, l'autre de se chausser, un troisième de se boutonner, un autre de se moucher, etc. Dans bon nombre de cas, l'écriture est maladroite, irrégulière, tourmentée, les cahiers sont mal tenus et tachés ; 2° l'*exagération de la sensibilité physique et des réflexes*, constatée chez une dizaine d'anormaux non arriérés ou arriérés légers ; 3° 6 cas de *tremblements* involontaires ;

Examen somatique. Taille. — Bien que plusieurs auteurs n'attachent pas d'importance à la *taille* des sujets anormaux, nous avons systématiquement porté notre attention sur ce point. Sans vouloir tirer de nos chiffres une conclusion formelle, nous tenons à consigner ici que le quart de nos anormaux avaient une taille nettement inférieure à la moyenne.

Etat général. — L'*état général* était mauvais dans une proportion de 27 %, et cela n'a rien d'étonnant, puisque nous connaissons les rapports qui existent entre le physique et le moral. Les enfants porteurs d'adénites cervicales étaient assez nombreux ; ajoutons -y trois coxalgiques et un sujet atteint de tumeur blanche du genou. En dehors de cet aspect général caractérisé par un teint pâle, une mine souffreteuse, un air triste, résigné, ou indifférent, et la maigreur, nous avons relevé de nombreux stigmates physiques chez presque tous les anormaux. En voici l'énumération :

Malformations des oreilles. — Les *malformations des oreilles. et l'asymétrie* ont été très fréquemment rencontrées (54 %). L'oreille sans lobule, surtout, est très commune ; mais nous avons aussi noté au passage les variétés de Darwin, de Wildermuth, de Morel et de Stahl.

Voûte palatine. — Les malformations de la voûte palatine viennent ensuite, dans la proportion de 51 %, sans compter deux « gueules-de-loup » constatées, l'une chez un garçon arriéré léger de 10 ans 1/2, de taille très exiguë, porteur de dents d'Hutchinson et d'un ventre volumineux, l'autre chez une fillette de 10 ans, arriérée légère, strumeuse avec abcès froids, dents d'Hutchinson, otorrhée, blépharo-conjonctivite chronique, malformations crâniennes et auriculaires. Nous avons rencontré de très nombreuses voûtes en ogive, d'assez nombreuses voûtes asymétriques ou plates, et quelques voûtes avec arête centrale.

Asymétrie crânio-faciale et anomalies dentaires. — L'*asymétrie crânio-faciale* existait dans une proportion de 48 %, presque égale à celle des malformations *et anomalies dentaires* (46 %), Parmi ces dernières, nous citerons surtout les « dents d'Hutchinson» rencontrées 59 fois, puis la macro et la microdontie; enfin, quelques cas de dents supplémentaires ou mal placées.

Végétations adénoïdes — Soixante-trois enfants, dont 37 garçons, nous ont paru atteints de *végétations adénoïdes;* cela fait du 31 %. La plupart de ces sujets sont des arriérés moyens ; un certain nombre d'entre eux présentent en outre des troubles du côté de l'ouïe.

Troubles de l'ouïe. — D'une manière générale, les *troubles de l'ouïe* ont été notés chez 12 % des sujets examinés, dont une douzaine avaient encore de l'otorrhée.

Vision. — L'*examen de l'appareil de la vision* nous a révélé des anomalies dans 60 cas (30 %). Ces anomalies consistaient en myopie, inégalité des globes oculaires, kératite interstitielle, macro et microphtalmie, strabisme, nystagmus et blépharo-conjonctivite chronique. En outre, nous avons remarqué un iris bicolore et une pupille excentrique.

Malformations crâniennes. — Le *prognathisme* est assez fréquent (15%) ; ainsi que les *malformations du crâne* ; cinq crânes natiformes, 3 macrocéphales, 6 microcéphales, et d'assez nombreux dolichocéphales ont attiré notre attention,

Organes génitaux. — Du côté des *organes génitaux* nous avons laissé volontairement de côté les filles, pour des raisons faciles à comprendre. Mais l'examen des garçons nous a permis quelques constatations intéressantes.

Le *phimosis* est assez fréquent, soit 24 %; nous aurions voulu rechercher la proportion exacte de masturbateurs atteints de phimosis, mais nous nous serions heurté à des difficultés de toutes sortes.

D'après nos fiches, nous n'avons pu réunir que 5 cas sur 28. C'est insuffisant pour conclure.

En dehors du phimosis, nous avons trouvé 2 *monorchides*, 1 *cryptorchide*, et 3 enfants atteints d'*atrophie génitale.* Enfin 6 garçons avaient de l'*incontinence des urines*, et une fille de l'*insuffisance des sphincters.*

Appareil digestif. — L'interrogatoire et l'examen de nos jeunes sujets nous a permis de constater que la constipation était fréquente, surtout chez les filles, que les gros ventres étaient assez communs, et les hernies également. Certains garçons avaient même des hernies inguinales doubles.

Nous n'avons malheureusement pas eu la possibilité de procéder à des examens aussi complets que nous l'aurions voulu. Plusieurs enfants nous ont signalé le manque d'appétit : c'étaient par ailleurs des sujets calmes et indolents.

Appareil respiratoire. — L'auscultation nous a fait trouver des poumons très douteux dans 7 cas, et d'assez nombreux enfants nous ont dit être très sujets aux bronchites. Ces déclarations ont été confirmées par les maîtres. Nous avons relevé, en outre, une quinzaine de cas de coryza chronique et 1 cas de punaisie.

Appareil circulatoire. — Les épistaxis, signalées 17 fois, accompagnées ou non de végétations adénoïdes, et les palpitations du cœur, dont se sont plaintes les fillettes, constituent les seules manifestations morbides relevées du côté de l'appareil circulatoire.

Peau et annexes. — Un de nos sujets, anormal non arriéré, assez chargé en stigmates, puisqu'il présentait des tics, des tremblements, de l'onychophagie, de l'instabilité, des cauchemars, de l'asymétrie crânio faciale, de la microphtalmie, des dents d'Hutchinson, des malformations de la voûte palatine et des oreilles, du bredouillement, de la diminution de l'ouïe, de l'exagération des réflexes et de la sensibilité physique, offrait en outre un aspect icthyosique de la peau. Quelques nœvi, quelques plaques d'eczéma, se sont également offerts à notre examen.

Mentionnons enfin, pour être complet, quelques troubles trophiques des ongles, 3 cas de développement anormal du système pileux, plusieurs cas de bromydrose plantaire et de sueurs localisées ; enfin, 6 garçons, porteurs d'un double tourbillon du cuir chevelu , et 4 autres d'inversion du tourbillon.

Glande thyroïde. — Trois cas de mxyœdème, dont un bien net, chez une fille arriérée moyenne très apathique, et 2 cas frustes, ne nous permettent pas d'établir un pourcentage sérieux.

Nous croyons, en effet, que dans plusieurs autres observations, un trouble de la sécrétion thyroïdienne pourrait être invoqué, mais nous manquons d'éléments d'appréciation.

Divers. — En ajoutant à cette liste déjà longue de tares physiques : 8 cas de *déviation de la colonne vertébrale* dont 2 scolioses, 1 cas de *luxation congénitale de la hanche* et 8 cas de *ressemblances animales*, nous aurons donné, croyons-nous, une idée suffisante de l'état somatique des anormaux examinés. A propos des ressemblances animales, nous avons surtout rencontré la figure simiesque (6 fois). Des deux autres sujets, l'un avait une tête moutonnière et l'autre une tête de poisson.

Ecriture en miroir. — Nous avions l'intention de rechercher l'écriture en miroir dans toutes les classes. Mais, outre que le temps nous a fait défaut, nous avons appris que dès la première expérience, de nombreux enfants appartenant aux autres écoles de la ville avaient montré à leurs camarades « comment il fallait

écrire de la main gauche ». Notre résultat était donc faussé d'avance.

Chose curieuse, mais de laquelle nous nous garderons bien de vouloir tirer la moindre conclusion, aucune des 7 fillettes qui ont eu l'écriture en miroir ne nous a été signalée comme anormale.

III. Résultats de l'enquête médico-pédagogique.

Nous suivrons très exactement, pour cette partie de notre étude, le plan adopté par M. le Professeur Régis dans la publication de l'enquête bordelaise.

L'analogie ou les dissemblances des résultats n'en ressortiront que mieux.

I. *Nombre des anormaux des deux sexes dans les écoles publiques.*

Nous rappelons que nous avons éliminé de notre statistique : 1° les simples *retardés pédagogiques*, c'est-à-dire les enfants dont le retard sur leurs camarades n'est imputable qu'à une mauvaise fréquentation scolaire ; 2° les pupilles de l'Assistance publique qui ont fait l'objet d'une étude antérieure.

Malgré cela, nous avons trouvé une proportion très élevée d'anormaux, qui est presque triple de celle annoncée par la commission bordelaise par exemple, et qui peut paraître, au premier abord, surprenante. C'est qu'il faut tenir compte, d'une part, du facteur important de dégénérescence qu'est l'alcoolisme, et de l'autre, des imperfections inhérentes à toutes les enquêtes de ce genre (variabilité des manifestations morbides, mise en défaut de la perspicacité des maîtres ou du médecin, rapidité de l'examen, etc.) Il est, enfin, deux autres circonstances que nous croyons utile de mettre en lumière. A Saint-Omer, le terrain était tout préparé à une enquête sur les anormaux, la précision et l'abondance des détails fournis par les membres du corps enseignant sont une preuve de ce que nous avançons. Rien d'étonnant, dès lors, que nous nous soyons trouvé d'emblée en présence d'un nombre d'anormaux relativement élevé. De plus, nos appréciations personnelles n'ont pas été contrariées, comme cela se produit toujours lorsque plusieurs enquêteurs, de tendances opposées, ou simplement différentes, opèrent ensemble. Dans ces cas, la statistique représente la résultante de plusieurs forces : c'est une « moyenne » d'opinions. Néanmoins, et sans avoir la moindre prétention à l'infaillibilité, nous croyons que nos chiffres sont très sensiblement conformes à la réalité, toute question de « nuances » restant réservée.

A la fin de l'année scolaire 1908-1909, il y avait 758 garçons dans les écoles publiques de Saint-Omer. Sur ce nombre, 132 nous ont été signalés comme anormaux. Nous en avons retenu 115, soit une proportion de 15,17 %, que nous estimons sensiblement vraie.

Dans les écoles publiques de filles, en éliminant complètement l'école de la rue des Tribunaux, afin de ne pas fausser le résultat, il y avait une population scolaire de 477 élèves, comprenant 83 anormales sur 113 que les institutrices nous avaient désignées. Cela fait une proportion de 17,63 %, un peu supérieure à celle des garçons. La différence serait probablement plus marquée si la directrice d'une des autres écoles nous avait fourni une suffisante matière d'enquête.

II. — Distribution topographique des anormaux dans les différentes écoles.

Nous avons résumé nos constatations dans le tableau et la carte ci-joints. (Voir page suivante tableau et fig. 1).

Pour la carte, nous avons représenté, à l'exemple de M. le professeur agrégé Abadie, rapporteur de la commission d'enquête de Bordeaux, les écoles par des cercles de différentes teintes (1) et de diamètre, en rapport avec la population de ces écoles.

La distribution des anormaux dans les écoles de la ville mérite, nous semble-t-il, qu'on s'y arrête.

Dans les écoles de garçons, ce qui attire tout d'abord l'attention, c'est l'écart considérable qui existe entre l'école de la Ghière, par exemple, située dans le faubourg du Haut-Pont, et celle de la rue Taviel, située en ville. Le pourcentage de 26, 44 % donné par la première tombe à 8,54 % pour la seconde, et ce fait parait surprenant, puisque les mœurs des habitants et, par conséquent, l'hérédité, varient peu d'un quartier à l'autre.

Nous croyons avoir trouvé l'explication de ce fait dans la circonstance suivante. L'école de la rue Taviel, qui a une population scolaire sensiblement égale à l'autre (117 et 121 élèves) a sur celle-ci l'avantage de recevoir la moitié de son contingent de l'hôpital général. Ce dernier établissement, placé sous le patronage de la Commission des hospices civils de Saint-Omer, élève, à titre gratuit, un certain nombre d'enfants pauvres des deux sexes, qui sont placés sous le régime de l'internat. Ces enfants, admis la plupart du temps dès l'âge de 7 ans, et soustraits totalement à l'influence de leurs familles qu'ils ne voient que deux fois par an, sont soumis à une discipline qui manque à leurs camarades. N'est-ce pas, sachant la similitude héréditaire qui résulte des mœurs identiques, la démonstration aveuglante de la supériorité de l'internat pour les anormaux ? En les enlevant aux entraînements faciles de la rue, à l'exemple et, parfois aussi, à la contagion d'un foyer de moralité insuffisante, on arrive à faire de ces enfants de bons sujets. A l'Ecole de la rue Taviel, nous n'avons eu à examiner que 2 pensionnaires de l'Hôpital général signalés comme anormaux. C'est un fait qui nous paraît significatif.

Mais, en laissant de côté cette école, privilégiée, pour une bonne moitié de sa population, nous trouvons encore des écarts assez notables entre les pourcentages des autres écoles.

Sans vouloir ici tirer des conclusions absolues, et qui pourraient paraître erronées, nous croyons pourtant que la proportion des anormaux est assez régulièrement en rapport avec le genre de population et les mœurs plus spéciales de tel ou tel quartier.

Voici, par exemple, deux écoles, celle de la rue de Neuville et celle de la place Sainte-Marguerite, qui ont une proportion d'anormaux sensiblement égale ; 12,69 et 13,77 %. Les renseignements recueillis nous ont appris que les familles de leurs quartiers respectifs avaient des habitudes presque identiques.

L'école de la place Sainte-Marguerite a, cependant, un peu plus d'anormaux : n'est-ce point parce qu'elle reçoit un certain nombre d'enfants, ayant même milieu familial que ceux de la rue Gambetta ? Dans cette dernière école, la population scolaire donne un pourcentage d'anormaux de 18 %, c'est-à-dire le plus fort de la ville proprement dite. Elle provient, en grande partie, de familles plus particulièrement adonnées à l'alcoolisme et au tabagisme, et dont l'hygiène laisse le plus à désirer. C'est le quartier des ouvriers pipiers.

Quant aux deux écoles des faubourgs, si l'une n'accuse qu'une proportion de 10 %, tandis que l'autre en donne une de 26,44 %, cela tient peut-être à une certaine timidité du Directeur d'un côté, peut-être aussi à la différence des mœurs. Tandis, en effet, que l'un des faubourgs est plus spécialement agricole, et demeure surtout plus fidèle aux mœurs familiales du passé, l'autre passe pour avoir des habitudes plus libres, pour se livrer davantage aux abus de toutes sortes. Le va-et-vient des bateliers y crée peut-être aussi un courant spécial d'idées auquel les habitants de l'autre faubourg, plus isolés, restent davantage étrangers. Enfin, nous avons remarqué une notable différence dans la disposition et l'hygiène des habitations. D'un côté, il y a moins d'encombrement, plus d'air et moins de vieilles habitations.

Mais la disproportion est telle entre les deux pourcentages que nous n'osons rien affirmer et que nous donnons notre opinion sous toutes réserves.

L'examen du tableau des anormales conduit aux mêmes remarques. Nous ferons un moment abstraction de l'Ecole de la Ghière, dont la directrice n'a certainement pas donné la physionomie exacte, car il est impossible que dans le même quartier il y ait un écart aussi considérable entre le nombre des anormaux et des anormales. Ce qui nous autorise encore à user de cette réserve, c'est la réponse même de cette directrice quand nous lui avons manifesté notre surprise : « Mais, alors, Monsieur, en s'en rapportant à votre questionnaire, c'est toute mon école qu'il faudrait vous signaler ! » Le résultat est donc manifestement incomplet de ce côté. Il l'est, par ailleurs, à cause de l'abstention totale d'une autre directrice. L'école de la rue des

(1) La couleur noire indique une proportion d'anormaux supérieure à 20 %, la double hachure une proportion comprise entre 15 et 20 % ; la hachure simple répond au pourcentage de 10 à 15 % et le pointillé à celui de 5 à 10 %.

NOMS DES ÉCOLES PAR RUES	Population de l'École	Nombre des enfants présumés anormaux	Nombre des enfants reconnus anormaux	Pourcentage des anormaux	RÉPARTITION DES ANORMAUX — Anormaux non arriérés. Nombre	Pourcentage.	Anormaux arriérés — A. Légers. Calmes.	Agités.	B. Moyens. Calmes.	Agités.	C. Profonds.	TOTAL	Pourcentage des arriérés.	
Rue Taviel	117	10	10	8.54	5	4.27	2	1	»	2	»	5	4.27	Moyenne 11.87
Rue A de Neuville	126	18	16	12.69	4	3.17	2	2	5	3	»	12	9.53	
Rue Gambetta	118	23	22	18.64	1	0.8	2	6	6	7	»	21	17.79	
Place Ste-Marguerite	167	29	23	13.79	7	4.25	3	8	3	2	»	16	9.58	
Place de la Ghière	121	36	33	26.44	6	4.95	5	4	8	9	1	27	22.31	
Rue St-Martin	109	16	11	10.00	2	1.84	3	2	3	0	1	9	8.25	
Totaux	758	132	115	15.17	25	3.28	17	23	25	23	2	90	11.87	

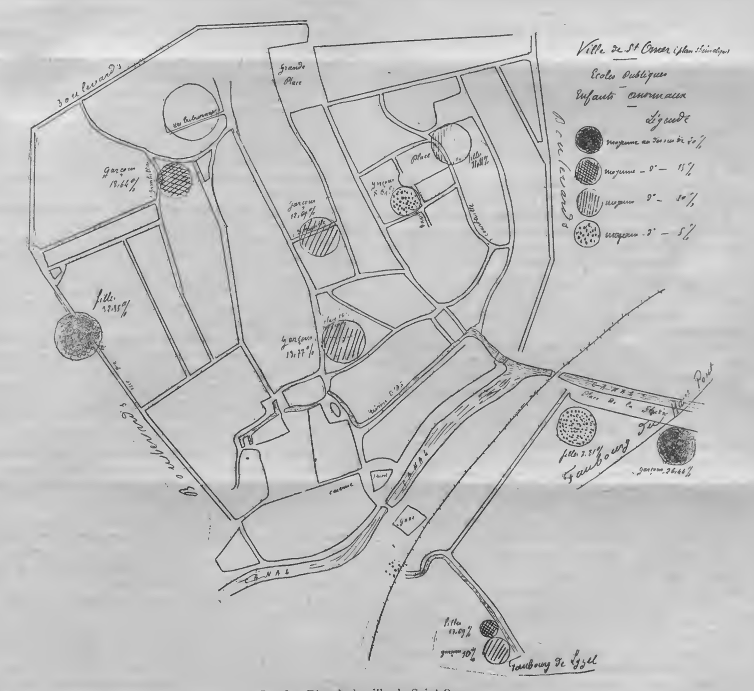


Fig. 1.— Plan de la ville de Saint-Omer.

Tribunaux, bien que fréquentée par 200 élèves environ, ne figure sur nos tableaux que pour mémoire. Sa directrice, nous a, en effet, répondu par les lignes suivantes : « Rien d'anormal à signaler quant aux questions relatives aux malformations et défectuosités corporelles, ainsi qu'aux troubles moraux et intellectuels « mentionnés dans le questionnaire, aucun de ces cas n'ayant été

« remarqué, chez les élèves de la classe préparatoire, et en géné-
« ral, dans les différents cours de l'école de la rue des Tribu-
« naux ». En présence de cette réponse, nous n'avons pas insisté.

Il reste donc 3 écoles de filles où l'examen pédagogique a été sérieusement pratiqué. Nous remarquerons, comme nous l'avons fait à propos des garçons, que le pourcentage le plus faible (11,11 %) appartient à l'école de la rue Courteville, qui reçoit un grand nombre de fillettes de l'Hôpital général.

Le pourcentage le plus élevé (32,53 %) est fourni par l'école de la rue de Thérouanne, c'est-à-dire par un quartier de pipiers plus ou moins adonnés à l'alcool et au tabac.

Nous verrons dans un prochain article : la *répartition des anormaux dans les différentes classes, la classification des anormaux des écoles,* et enfin les *conclusions.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène dentaire scolaire.

Dans un récent numéro du *Progrès Médical,* à la rubrique : Nouvelles de l'Etranger, nous lisons :

Berlin. — L'hygiène dentaire dans les écoles. D'après les *Nouvelles* la municipalité de Berlin a l'intention d'accorder une subvention de 10.000 marks au Comité central allemand pour l'hygiène dentaire dans les écoles.

La première clinique dentaire des écoles, qui a été ouverte à Berlin le 1er mai, a eu un très grand succès et est très fréquentée.

Aussi le comité a-t-il reçu de souscripteurs privés une dizaine de mille de mark pour l'installation d'une seconde clinique.

Il est très heureux que cette note paraisse dans un journal médical, pour montrer à nos confrères, médecins et chirurgiens généraux et aussi médecins d'enfants ou inspecteurs médicaux d'écoles ou lycées, combien à l'étranger la question dentaire est justement prisée et avec quel soin, déjà depuis longtemps, les services d'inspection et de soins dentaires sont assurés dans les écoles d'outremer ou d'outre-monts !

Qu'attend-on en France pour créer chose semblable, qu'attend l'autorité pour suivre l'exemple venu de l'étranger, puisqu'il faut que nos meilleures idées soient d'abord appliquées ailleurs pour qu'elles aient chance de réussir dans notre pays ?

Trouve-t-on que les soins de la bouche et des dents ne sont pas aussi utiles que ceux des autres parties du corps de l'enfant scolarisé ?

N'est-ce pas suffisant de recevoir la leçon au lieu de la donner ? et les petits intérêts de groupes ou d'individus, pourront-ils être mis après ceux de cette partie si intéressante de la collectivité nationale, que représentent les enfants du peuple à l'école communale.

Ne serait-il pas mieux que médecins et spécialistes médicaux s'entendissent pour réaliser un *vrai et sérieux* service de santé scolaire ?

Malheureusement, la chose ne va pas toute seule...

L'administration qui a horreur du nouveau et d'un supplément de travail, le parti pris des confrères médecins scolaires, de n'admettre en général aucun spécialiste, et plus particulièrement le dentiste, à côté d'eux, enfin, l'ignorance des parents sur les conséquences de la pathologie bucco-dentaire, tout cela a été assez puissant jusqu'à l'heure actuelle pour empêcher la réalisation de cette chose si simple : la création d'une inspection dentaire et l'obligation par la commune ou l'Etat, de n'accepter dans les classes que des enfants *à bouche et dents saines.* Cette région, étant malade comme les autres, et ses maladies contagieuses aussi comme les autres.

Vouloir, parce qu'on est docteur en médecine, tout savoir, de toutes les spécialités et de la médecine générale, c'est peut être excessif. Et puis, il faudrait avoir la démonstration que cela est réalisé actuellement. Je ne crois pas que nos confrères, médecins scolaires, puissent dire qu'ils en donnent assez pour le dérisoire traitement qu'ils ont.

J'ai proposé, il y a quelques mois, à la Ligue pour l'hygiène scolaire, quelque chose à propos de l'inspection dentaire pour les écoles de la ville de Paris, et j'apportais à l'appui de ma proposition quelques exemples que je rappellerai ici.

Dans ma clinique personnelle, à l'Ecole pratique d'odontologie, je reçois tous les jeudis et traite à titre gratuit tous les enfants qui s'y présentent.

Dans les 3 dernières années 1907, 1908, 1909, il s'est présenté environ 1200 enfants.

Sur ces 1200 enfants, environ 200 ont été traités pour des irrégularités dentaires, avec appareils.

Environ 300 ont eu diverses opérations pour irrégularités sans application d'appareils de redressement.

Les autres enfants ont été traités pour diverses lésions bucco-dentaires : carie, abcès, phlegmons, adénites cervicales, etc., etc.

Dans l'année 1908 seize enfants ont été opérés pour des végétations adénoïdes *sur mes conseils.*

L'immense majorité de tous ces enfants fréquente les écoles primaires laïques. Ces enfants m'ont tous été amenés, spontanément *par leurs parents, sans que jamais, une seule fois, un seul enfant, ait reçu le conseil, par qui que ce soit officiellement autorisé ou désigné, d'aller voir* le laryngologiste ou le dentiste.

Si besoin était de démontrer l'urgence de la présence du spécialiste, je pourrais fournir la statistique que nos confrères étrangers et même français, là où il y a quelques rares établissements qui possèdent un service médical complet, ont relevées dans l'exercice de leur fonction spéciale.

Mais cela a été compris par le gouvernement, et malgré les efforts de nos confrères médecins pour démontrer l'inutilité du dentiste à l'école, le ministre de l'instruction publique a déjà pris deux décisions instituant l'inspection dentaire ; il ne reste plus qu'à étendre cette inspection à tous les groupements scolaires dépendant de la commune ou de l'Etat pour que satisfaction à nos vœux soient donnée.

Cependant, à côté de la note venant de Berlin, nous en pouvons lire une autre venant de Paris.

C'est l'annonce des conférences de médecine et d'hygiène scolaires (1).

Le très distingué professeur Méry n'aurait-il pas pu trouver une place pour une conférence sur la bouche et les dents ? Et les autres conférenciers, inspecteurs des écoles, ne pensent-ils pas qu'en attendant mieux, la connaissance même rudimentaire d'un petit coin de la pathologie vaut mieux que rien.

Et puis, si le dentiste est, pour tous ces confrères, inu-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 3, janvier 1910, p. 40.

tile, comme il existe néanmoins des maladies de la bouche et des dents, n'était-ce pas le moyen de défendre leur opinion, en enseignant quelque chose que le médecin inspecteur aurait le devoir de connaître, lui seul, puisqu'il ne veut pas d'autre collaborateur médical à ses côtés ?

Je crois qu'il serait préférable à tous, *enfants* et *médecins*, qu'une entente mutuelle établisse exactement le rôle de chacun, ce qui constituera le service de santé scolaire logique, et si j'avais à formuler mon avis, je dirais que tout enfant scolarisé doit subir, par les compétences médicales, générales et spéciales, une inspection dont le résultat sera consigné sur une fiche dont les notes des divers praticiens serviraient à l'administration pour les améliorations ou modifications à effectuer dans le régime scolaire, et serviraient aussi pour adresser aux parents les conseils nécessaires à la surveillance sanitaire de leurs enfants.

Car il ne faut à aucun prix l'inspection médicale avec dispensaires : l'inspecteur doit signaler, les parents doivent tenir compte des avertissements, voire même exécuter des ordres sanitaires donnés dans l'intérêt général; les communes ou l'Etat ou les associations particulières devant donner aux pauvres, les soins que leur situation pécuniaire leur interdit.

Quel que soit le milieu *scolaire*, il y a des enfants qui peuvent parfaitement payer les soins prescrits par l'inspection médicale, et vouloir soigner gratuitement tout le monde serait donner un privilège aux fonctionnaires médicaux au préjudice des confrères qui ne pourraient ou ne voudraient l'être.

Quoi qu'il en soit, il eût été préférable que nous nous nous entendions pour arrêter un programme de service de santé scolaire.

Les uns et les autres, nous agissons *pro domo*, mais nous n'éviterons qu'en fin de compte la logique ne soit pas : à chacun sa spécialité et les enfants seront bien inspectés. SIFFRE.

MÉDECINE PRATIQUE

L'administration du mercure par la voie glandaire, sous-préputiale ;

Par G. MILIAN.

J'ai préconisé, en décembre dernier (1), une nouvelle méthode d'administration du mercure qui se recommande par sa simplicité et son activité, et n'a aucun des inconvénients des injections, des frictions et méthodes *ab ingestis* : l'abandon sous le prépuce d'une pastille mercurielle qui fond et s'absorbe assez rapidement par la muqueuse du gland.

J'ai indiqué qu'outre les raisons de commodité, il y avait intérêt à posséder une voie nouvelle d'introduction du mercure, puisque les substances chimiques agissent sur l'organisme d'une manière absolument différente suivant la voie par laquelle ils pénètrent. Le venin de serpent injecté sous la peau tue d'une manière sûre ; il est inoffensif absorbé par la bouche. On tue les vaches avec la bactérie du charbon symptomatique (bacterium Chauvœi) par inoculation sous-cutanée ; on les vaccine par inoculation intraveineuse. Pour ce qui est du mercure, nous savons tous qu'à doses égales, le médicament agit mieux par voie intramusculaire qu'*ab ingestis*, et par voie intraveineuse que par voie sous-cutanée. La voie *muqueuse* possède également ses mérites.

(1) MILIAN. — Un nouveau mode d'administration du mercure. *Progrès médical*, 11 décembre 1909, p. 631.

La méthode est bonne ; elle sera certainement utile à beaucoup. Il ne faudrait pas qu'une administration défectueuse la fasse rejeter.

C'est pour cela qu'il est bon d'y revenir et d'en préciser la technique.

***

Le *médicament* peut être l'onguent napolitain. Mais le dosage est ainsi approximatif, et l'absorption n'est peut-être pas aussi active qu'en utilisant les pastilles au beurre de cacao.

Les pastilles doivent remplir deux conditions : être assez volumineuses et ne pas l'être trop. Elles doivent être assez volumineuses, pour qu'en fondant elles se répandent sur la totalité de la muqueuse glandaire et imprègnent ainsi la surface d'absorption la plus grande possible.

Mieux la muqueuse est imbibée, mieux se fait l'absorption.

Elles ne doivent pas non plus être trop volumineuses, sans quoi il y aurait débordement au delà du prépuce.

La formule qui m'a paru la meilleure est la suivante :

Onguent napolitain..........	quatre centigr.
Beurre de cacao.............	huit centigr.

pour une pastille.

Si l'on veut faire des pastilles renfermant davantage de mercure on peut prescrire :

Onguent napolitain.........	six centigr.
Beurre de cacao.............	douze centigr.

C'est-à dire que l'onguent napolitain et le beurre de cacao sont dans la proportion de 1 à 2.

La première formule est d'usage plus courant.

La pastille ainsi constituée renferme deux centigr. de mercure et la quantité d'excipient est suffisante pour bien lubrifier le gland et imbiber sa muqueuse. D'autre part, à moins d'un gland trop petit, il s'en écoule rarement au dehors. Disons que, pour la commodité, le médicament se présente mieux sous la *forme vermicellaire* (*brindille sous-préputiale*) que sous la forme d'une pastille. On couche le petit bâtonnet dans le sillon balano-préputial et il y reste beaucoup plus facilement pendant le recalottage qu'une pastille arrondie qui fuit devant le prépuce.

Un pharmacien m'avait proposé des pastilles de mercure éteint directement dans la palmitine pour réduire la quantité d'excipient et obvier à toute possibilité d'écoulement extérieur accidentel. Mais la réduction de la quantité d'excipient est un obstacle à l'absorption du médicament. Le corps gras disparaît assez vite tandis que reste accumulé en une région toute limitée le mercure incorporé, à qui manque dès lors le vecteur qui doit le faire pénétrer dans les interstices cellulaires.

Précautions techniques dans l'administration des brindilles.

Pour que le médicament agisse, il doit être absorbé et la condition essentielle à ce point de vue est qu'il ne s'en perde point.

On voit en effet des sujets maladroits ou à gland petit perdre leur pastille fondue ou non, sinon totalement du moins en partie. Et l'on retrouve sur leur chemise des taches de graisse centrées de gris noirâtre, qui sont des fuites de beurre fondu à l'onguent napolitain.

Ces taches sont désagréables et révélatrices alors qu'on réclame de la discrétion de cette méthode.

Pour les éviter, il y a deux moyens : 1° n'employer qu'une demi-brindille à la fois et appliquer l'autre moitié 3 ou 4 heures après ; 2° ou bien, ce qui est plus simple encore, fermer l'orifice préputial avec un petit tampon d'ouate ordinaire, *non hydrophile*, qui empêchera toute évasion du produit.

Il est indispensable d'employer de l'ouate ordinaire, *non hydrophile*, car l'hydrophile s'imbiberait du liquide au détriment de la muqueuse. Cette absorption par l'ouate pourrait d'ailleurs être presque complète, car l'espace glando-préputial fait un véritable espace capillaire sur le bord duquel l'ouate aspire le liquide qui s'y trouve contenu, comme le papier buvard déposé sur le bord d'une lamelle aspire le liquide placé entre lame et lamelle. Avec l'ouate *non hydrophile* rien de semblable à craindre.

Il est utile de ne pas laver trop souvent le gland : le lavage au savon toutes les 48 heures est suffisant. On pourrait croire que l'éloignement des lavages compromet la propreté du gland et favorise la dermite artificielle.

Il n'en est rien. La brindille, sans doute par son beurre de cacao, empêche la production de sébum et il est curieux de voir que le gland qui n'a pas subi de lavage depuis 48 heures ne présente pas le moindre dépôt blanchâtre et offre au contraire une belle surface lisse et luisante.

On n'observe pas davantage de dermite artificielle. Il est bon néanmoins de laver au savon toutes les 48 heures pour empêcher cette éventualité.

L'éloignement des lavages permet une bonne imbibition de la muqueuse et par suite une meilleure absorption.

***

Doses et efficacité. — Il suffit d'une brindille à 0.04 centigr. d'onguent napolitain, soit deux centigr. de mercure, matin et soir, soit au total quatre centigr. de mercure par jour pour obtenir des effets convenables, à la condition expresse, cela va sans dire, que la totalité des brindilles soit absorbée.

Si l'effet obtenu est insuffisant, soit que l'accident soit particulièrement résistant, soit que l'absorption ait été incomplète, il est possible et facile d'augmenter les doses.

On peut ou bien prendre des brindilles à six centigr. d'onguent ; ou bien appliquer une ou deux brindilles à 0.04 centigr. d'onguent en supplément.

Là, comme ailleurs, *la dose suffisante est celle qui agit.*

Et il ne faut pas hésiter à augmenter la dose administrée, si l'on n'obtient pas les résultats attendus.

La tolérance du gland est parfaite, même pour ces fortes doses. Il est possible d'appliquer des brindilles quotidiennes dont la somme renferme quinze centigrammes de mercure.

On voit que de la sorte, on peut réaliser des traitements non seulement actifs, mais même intensifs. Je ne l'aurais pas cru en inaugurant ce traitement. J'en ai aujourd'hui l'absolue certitude.

Je ne saurais mieux faire pour le démontrer et pour répondre aux objections *a priori* qu'on ne manque pas de me faire que de raconter le fait suivant choisi parmi tant d'autres parce qu'il est récent et topique.

Le 24 janvier 1909, vient me trouver un homme de 40 ans qui avait contracté la syphilis à l'âge de 23 ans. Il s'était soigné d'une manière irrégulière tantôt par les pilules, tantôt par les injections d'huile grise. Mais jamais ses traitements n'avaient été prolongés ni régulièrement suivis, car il présentait une certaine intolérance pour le mercure. Très vite, il lui venait de la diarrhée même par les injections.

« J'ai, me dit-il, depuis deux jours, une douleur à la jambe droite qui me gêne pour marcher. Je crains que cela n'ait quelque rapport avec ma syphilis, aussi viens-je vous trouver et vous demander un traitement. Mais surtout ne me donnez ni injections, ni pilules, ni frictions. Les injections me sont devenues odieuses ; je les redoute. Les pilules, la liqueur de Van Swieten, le sirop de Gibert, tout cela me détraque l'estomac et me rend malade. Quant aux frictions, je n'y puis songer, je viens de me marier et il m'est impossible de commencer ma vie conjugale en me faisant des frictions d'onguent napolitain, chaque soir en me mettant au lit. Trouvez-moi autre chose. »

A l'examen, on trouvait sur le bord antérieur du tibia, à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen, une tuméfaction qui se propageait au-devant des muscles de la loge antéro-externe de la jambe, occupait une surface arrondie de 5 à 6 cm. de diamètre environ, et était très douloureuse à la pression.

Il s'agissait indubitablement d'une périostite syphilitique du tibia.

Je prescrivis les pastilles sous-préputiales à 4 centigr. d'onguent napolitain, une matin et soir.

Le 26 janvier, le malade revenait se plaignant de souffrir davantage ; le marche devenait extrêmement pénible ; le patient ne pouvait presque plus aller qu'en voiture et l'empâtement s'était étendu.

Surpris de cet échec, j'examinai sa chemise où je constatai la présence de taches de graisse centrées du dépôt mercuriel gris. L'absorption avait été insuffisante puisqu'une grande partie du médicament avait été rejetée.

J'avertis à nouveau le malade de la nécessité de ne rien perdre du produit, lui recommandant de fermer le prépuce à l'ouate *ordinaire non hydrophile* et de mettre chaque jour quatre brindilles au lieu de deux.

Les résultats furent merveilleux.

Le 29 janvier, le soulagement était considérable et le malade marchait mieux.

Le premier février, l'empâtement diminuait notablement et il était possible de donner seulement deux brindilles par jour.

Le 7 février, la guérison était complète.

Je ne vois pas quelle méthode aurait été plus rapide. Cette périostose tibiale avait guéri en 13 jours, sans le moindre petit accident.

La tolérance avait été parfaite. Les seuls troubles observés chez cet homme à l'intestin sensible furent quelques selles plus liquides et un peu impérieuses après les repas, accompagnées de gaz fétides.

Il serait possible de citer quantité de faits semblables. Je pense que celui-ci, suivi jour par jour et observé dans des conditions où il est impossible d'incriminer aucune autre méthode thérapeutique, suffira pour établir la conviction.

REVUE DES JOURNAUX

Le développement de l'encéphale chez les enfants du premier âge normaux et atrophiques.

Chez les enfants normaux, la croissance de l'encéphale s'effectue plus rapidement que celle de tous les autres organes, que la croissance pondérale et la croissance staturale elle-même. Cette anticipation de développement encéphalique apparaît plus manifestement encore chez les atrophiques ; car la croissance de cet organe ne se montre pas influencée par le trouble de développement général : l'encéphale est donc, dans sa croissance, in-

dépendant et autonome. (Favolle. *La Clinique infantile*, 1er février 1910.)

A propos du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction et le mouvement.

En cas d'hémarthrose et d'hydarthrose traumatique du genou, la ponction suivie immédiatement de la marche constitue une méthode de traitement infiniment supérieure à toutes les autres ; elle est inoffensive, à condition d'être pratiquée avec les conditions requises et guérit beaucoup plus rapidement que les autres méthodes et, avec un perfectionnement que celles-ci n'atteignent pas toujours. C'est un sujet d'étonnement pour tous ceux qui la voient mettre en œuvre une première fois, que de constater la disparition instantanée de la douleur et de l'impotence, le jeu parfait de l'articulation dès le premier moment, l'extrême simplicité des suites, la rapidité de la guérison et la perfection du résultat définitif, au point de vue anatomique et fonctionnel. (Lucas-Championnière. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1910, p. 81.)

Toxicité des épanchements pleurétiques.

En étudiant comparativement des liquides de pleurésies aiguës et de pleurésies chroniques (tuberculeuses ou cancéreuses), on constate que la toxicité des liquides de pleurésies aiguës est à peine inférieure à celle des liquides de pleurésies cancéreuses. Mais il n'est pas possible de faire une erreur de diagnostic entre ces deux sortes de pleurésies.

Au contraire, la toxicité des liquides de pleurésies tuberculeuses chroniques est à peu près nulle, ce qui les différencie des pleurésies cancéreuses.

La dose mortelle est fort au-dessous de 15 centimètres cubes de liquide par kilogramme d'animal pour les pleurésies cancéreuses ; tandis qu'une dose double ou triple de liquide de pleurésies tuberculeuses ne produit pas d'intoxication.

Une dose de liquide d'origine cancéreuse, incapable de causer la mort, provoque une cachexie lente qui y aboutit en quelques semaines ou quelques mois ; tandis que les animaux ayant résisté à l'injection d'un liquide de pleurésie aiguë se remettent parfaitement.

La méthode des injections intraveineuses des liquides de pleurésies est très simple ; elle peut être utilisée pour établir un diagnostic. (Girard-Mangin. *Bull. de l'Association française pour l'étude du cancer*, 12 janvier 1910, p. 23.)

Diverticule de Meckel et rétrécissements de l'intestin.

Le rétrécissement siège le plus souvent au voisinage immédiat de l'émergence diverticulaire, au dessus ou au dessous.

Cette localisation ne semble pas, du reste, d'une signification particulière ; toute voisine de l'orifice diverticulaire, la sténose, qu'elle se retrouve en dessus ou en dessous, n'en témoigne pas moins, par ce fait seul, de son origine probable. Les ulcérations de la muqueuse, les adhérences péri-intestinales et celles du diverticule confirment de leur côté le processus inflammatoire initial. Mais il convient de garder quelques réserves sur l'interprétation des observations anciennes qui manquent d'analyses histologiques ou d'une suffisante description du diverticule. Les faux diverticules par étirement de la paroi intestinale et qui succèdent à la rétraction des adhérences dans certains foyers inflammatoires « cicatrisés » de l'abdomen sont en effet bien connus, et une discussion récente à la Société de chirurgie de Paris vient de rappeler sur eux l'attention ; d'autre part, la nature purement fibreuse des sténoses exige, pour être dûment établie, le contrôle microscopique : certains rétrécissements, adjacents à un diverticule, peuvent procéder de la tuberculose ou même du cancer.

Ceci posé, la sténose para-diverticulaire est plus ou moins étroite et par suite elle intervient, pour une part plus ou moins grande, dans le mécanisme des accidents d'occlusion.

Il faut à côté de l'iléus aujourd'hui classique signaler ces crises répétées et douloureuses de pseudo occlusion et ces péritonites par perforation, par entérites propagées du diverticule de Meckel.

Dans l'iléus diverticulaire, la sténose combinée peut jouer son rôle et ce sera surtout au point de vue de l'intervention que le fait vaut d'être retenu ; on devra, en effet, une fois levé l'étranglement et le diverticule réséqué, explorer toujours avec grand soin le segment intestinal voisin de son implantation ou auquel il adhérait par son sommet ; la constatation d'une virole scléreuse commande naturellement l'entérectomie.

Mais ce qui nous intéresse particulièrement, ce sont ces diverticulites méconnues et les accidents qui s'ensuivent, qu'on méconnaît d'ordinaire et qu'on néglige souvent, et qui, en réalité, traduisent l'évolution progressive d'un rétrécissement intestinal secondaire, susceptible d'aboutir finalement à l'oblitération presque complète ou à la perforation. L'opéré de M. Cœnen et le mien avaient eu, à quelques années de là, une crise de ce genre, une « entérite » aiguë, une affection abdominale mal précisée, qui n'était, en réalité, qu'une diverticulite : sans grossir la fréquence des diverticules, on ferait bien de songer à pareil processus dans un certain nombre de cas qu'on étiquette, faute de mieux, embarras gastro-intestinal fébrile, appendicite larvée, etc.. tout au moins d'inscrire cette hypothèse au nombre des interprétations cliniques à discuter et de se tenir en éveil, plus tard, sur les accidents consécutifs.

D'autre part, à retrouver, dans les antécédents plus ou moins lointains, ce début aigu, brusque, et qui était resté de nature douteuse, on pourrait quelquefois peut-être renouer la chaîne et arriver à un diagnostic de probabilité. (Lejars, *Semaine médicale*, 2 février 1910, page 49.)

A quelles doses faut-il prescrire l'adrénaline ?

L'adrénaline étant à peine soluble dans l'eau froide, très facilement altérable en solution alcaline, très soluble et relativement stable au contraire en solution acide, ne s'emploie guère en pratique que sous forme de *solution chlorhydrique faible titrée au millième*.

Cette solution mère renferme 1 milligramme d'adrénaline (chlorhydrate d'adrénaline) par centimètre cube et donne 20 gouttes par centimètre cube au compte-gouttes normal.

Il sera facile, diluant convenablement cette solution dans un sérum physiologique, d'obtenir des solutions à 1 pour 2.000, 1 pour 4.000, 1 pour 10.000.

On prescrira :

V à X gouttes (1/4 à 1/2 centimètre cube) de la solution mère au millième pour une dose initiale ;

XX gouttes (1 centimètre cube) pour un jour chez un sujet neuf.

On prolongera cette administration, si besoin est, mais seulement pendant 7 à 10 jours au maximum.

Enfin on ne renouvellera pas trop souvent cette administration surtout, chez les vieillards. (Martinet, *Presse médicale*, 9 février 1910, p. 100.)

Dr Francis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 février 1910.

Sur la désinfection par la combustion incomplète de la paille. — M. *A. Trillat* montre que le principe de cette désinfection repose sur la présence en milieu acide de dérivés aldéhydiques et polyphénoliques qui se produisent au cours de la combustion incomplète de la paille. Il y a lieu de tenir compte aussi de deux facteurs qui augmentent considérablement l'action antiseptique.

Ce sont la présence d'acide pyroligneux et l'élévation de température. On sait que les antiseptiques, et c'est notamment le cas pour l'aldéhyde formique, agissent d'autant plus énergiquement que le milieu atmosphérique est plus acide se trouve à une température plus élevée.

Il résulte de là les précautions opératoires suivantes :

1° Pour éviter une combustion trop complète de la paille, il faut la disposer en couches alternativement sèches et humides, de manière que les fumées traversent les parties charbonneuses, à demi consumées, en s'oxydant à leur contact ;

2° La température, qui doit atteindre au moins 30°, est obte-

nue en plaçant les feux de paille en divers points et fermant aussi hermétiquement que possible les ouvertures.

Le procédé déjà employé anciennement ne peut donner qu'une désinfection de *surface* et *d'espace*; son efficacité, très nette pour des germes pathogènes peu résistants, paraît douteuse pour les formes sporulées, à moins de renouveler plusieurs fois l'opération.

Les bases expérimentales de la vaccination antityphique. — M. ***H. Vincent*** a recherché expérimentalement quel est le procédé de vaccination qui, après vérification sur les animaux, réalise le mode de protection le plus efficace chez l'homme.

C'est le bacille vivant en culture de 24 heures ou même plus âgée (10 jours), qui donne au cobaye l'immunité la plus solide. La macération de bacilles vivants dans l'eau salée physiologique à 37°, centrifugée et stérilisée ensuite par l'éther ou le chloroforme, est également très vaccinante. L'utilisation, comme antigène, d'une culture de 24 heures, tuée par la chaleur à 55° pendant 1 heure, confère également une bonne protection aux animaux. Le vaccin sensibilisé donne une immunité satisfaisante, mais moins prolongée. Les autres vaccins expérimentés ont été moins actifs.

Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février 1910.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde (*suite de la discussion*). — M. ***Chantemesse***. — Dans son travail, M. Vaillard arrive à citer les chiffres qui marquent, pendant ces dernières années, la morbidité et la mortalité de la fièvre typhoïde à Paris et à Berlin. Ils sont d'un inquiétant relief et montrent que la mortalité de la fièvre typhoïde est beaucoup plus forte qu'on ne dit généralement.

On s'est récrié lorsque, dans ces dernières années, je montrais que la mortalité typhique dans les hôpitaux de Paris dépassait chaque année 17 % — mortalité obtenue avec la balnéation froide et les médicaments ordinaires — et que cette mortalité pouvait s'abaisser au-dessous de 5 % par l'emploi de la sérothérapie antityphoïde.

M. Chantemesse s'élève d'autre part contre la dénomination de vaccin de Wright, proposée par MM. Landouzy et Netter. Ce sont Pfeiffer et Kolle qui ont appliqué pour la première fois le vaccin de la fièvre typhoïde à l'homme, et les premières expériences de vaccination des animaux par des cultures de bacilles typhiques stérilisées par la chaleur sont dues à Chantemesse et à Widal.

Contrairement à l'opinion de M. Netter, l'auteur renouvelle son vœu pour la nomination d'une commission chargée d'étudier les conditions théoriques et pratiques de la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde.

M. ***Kelsch*** rappelle qu'on a invoqué trois ordres de conditions étiologiques pour la fièvre typhoïde : les eaux polluées, la contagion, l'autogenèse. On pense que cette dernière cause a une importance capitale sur laquelle on n'a pas suffisamment insisté.

M. ***Landouzy*** renouvelle son vœu pour la nomination d'une commission chargée d'étudier la question de la vaccination antityphique. Il demande aussi que l'Académie rédige une instruction destinée à expliquer ce que chacun doit faire pour se mettre à l'abri de la fièvre typhoïde. Il propose enfin, sous forme de conclusions, une série de vœux.

Diagnostic de la tuberculose. — ***M. Widal*** donne lecture d'un rapport sur une communication de ***M. Marmorek*** sur le diagnostic de la tuberculose.

Le procédé Marmorek est basé sur la méthode de la déviation du complément. Il fournit un moyen de constater dans la circulation la présence de la toxine tuberculeuse, produit de l'activité du bacille de Koch, et cette toxine, pour l'auteur, n'est pas la tuberculine. L'urine du malade, ou son sérum, peuvent être employés pour la recherche de cette épreuve. Dans 95 pour 100 des cas les résultats seraient exacts.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 février 1910.

M. ***Siredey***, secrétaire général, lit le discours prononcé par le Dr Faisans à l'enterrement du Dr Gasne.

M. ***Sergent***, à propos de la communication de MM. Roger et Sabaréanu sur la pleurésie chez les syphylitiques, ne croit pas que la réaction de Wassermann permette de faire le diagnostic différentiel entre la pleurésie tuberculeuse ou une pleurésie syphilitique tertiaire. Il croit que les autopsies seules permettront de trancher la question, à moins qu'on trouve le spirochète dans le liquide pleural.

Anaphylaxie à forme pulmonaire à la suite d'injection de sérum de cheval préparé. — M. ***Dufour*** rapporte l'observation : une femme, atteinte d'une tuberculose du sommet gauche, fait une poussée aiguë après l'accouchement. On lui fit quatre injections d'un sérum spécial, qui provoquèrent une urticaire généralisée sérique et un œdème pulmonaire très accentué (râles fins).

Ostéoarthropathie hypertrophiante non pneumonique. — MM. ***Thiroloix*** et ***Jacob*** présentent le malade (60 ans), qui, sans antécédents héréditaires ou personnels (pas de syphilis, pas de paludisme, pas de rhumatisme chronique), a vu s'installer une hypertrophie très prononcée ostéo articulaire des articulations tibiotarsiennes et du poignet. Le tarse et le carpe participent à l'hypertrophie. C'est donc un acromégal sans être acromégalique (pas de symptômes oculaires, etc.) ; ce n'est pas non plus une maladie de Paget. La clavicule gauche est énorme. On ne trouve aucune lésion pulmonaire. Ces cas sont rares. L'absence de la sécrétion interne des glandes thyroïdiennes pourrait peut-être jouer un rôle.

Etude clinique et expérimentale du diabète pancréatique. — M. ***Ramond*** rappelle que le diabète pancréatique, en tant que syndrome anatomo clinique, ne peut être accepté comme une réalité. Pour sa part, il a observé trois faits cliniques de diabète pancréatique typique sans lésions du pancréas, et un cas de cancer ayant presque totalement détruit la glande sans provoquer de glycosurie. Il a pratiqué quelques nouvelles expériences sur le chien pour se faire une opinion sur l'influence de l'extirpation pancréatique dans la détermination du diabète expérimental. Quatre chiens furent opérés par le procédé de Thiroloix ; trois fois il n'y eut pas de glycosurie ; dans le quatrième cas survint un diabète léger qui ne dura que deux mois. L'autopsie de tous ces animaux prouva qu'il persistait toujours une parcelle de pancréas. Aussi, dans une deuxième série d'expériences, l'auteur modifia-t-il le manuel opératoire ; il tenta, sur douze chiens, seul ou en collaboration avec M. Fredet, l'extirpation totale du pancréas par le procédé de Sauvé. La glande est enlevée avec le duodénum ; l'estomac est abouché avec l'intestin grêle, et les voies biliaires avec l'estomac ou le jéjunum afin de rétablir le cours des matières. La survie de l'animal est très courte ; dans un cas elle fut cependant de 4 jours, dans un autre de 5 jours. Toutes les fois que l'ablation fut totale, il y eut glycosurie moyenne et azoturie énorme. La suppression totale du pancréas fut nécessaire pour provoquer l'apparition du sucre. La mort était due pour une part au traumatisme, dans deux cas à l'hémorragie post-opératoire, mais la cause principale résidait dans une stéatose rapide et massive du foie ; le chien succombait aux atteintes d'un ictère grave, foudroyant, indépendant de toute infection et certainement dû à la suppression complète du pancréas. Ces faits expérimentaux ne rappellent que de loin la réalité clinique, car l'ablation totale du pancréas est nécessaire pour occasionner une glycosurie durable, et cette ablation est incompatible avec une survie appréciable. Dans ces conditions, il est rationnel de supposer que, si le pancréas joue un rôle dans la production de certains diabètes, ce rôle n'est pas aussi absolu que le veulent beaucoup d'auteurs ; peut-être même doit-il être mis sur la même ligne que celui d'autres glandes à sécrétion interne, telles que la thyroïde, la surrénale, l'hypophyse ou les glandes salivaires, dont l'effet diabétogène a été prouvé par de nombreux expérimentateurs.

M. ***Thiroloix*** affirme que, contrairement à ce que dit M.

Ramond, il est possible et facile d'enlever complètement le pancréas avec survie longue de l'animal.

Pneumonie greffée sur une splénopneumonie chez un rhumatisant. — M. ***Thiroloix*** et M. ***Jacob*** rapportent cette observation.

Valeur de la réaction de Wassermann au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique. — M. ***Gaucher*** lit le résumé d'un travail de MM. ***Parès*** et ***Sabaréanu***. L'absence de réaction n'indique pas l'absence d'infection syphilitique. L'influence du traitement ne paraît pas très grande, puisque la réaction continue à être positive. En somme, la syphilis est individuelle dans sa façon d'être et sa plus ou moins grande gravité dépend de la résistance de l'individu qui en est porteur.

Syndrome d'hydarthrose périodique. — M. ***Ribierre*** rapporte l'observation d'une malade traitée par lui et qui présentait des crises d'hydarthrose du genou à périodicité très fixe (tous les 10 jours). En épluchant les 30 cas trouvés dans la littérature médicale, l'A. trace le tableau clinique de la maladie, peu connue : crises périodiques (tous les 10, 12, 24 jours) avec trois stades (croissance, état, décroissance), frappant le genou (le plus souvent) la hanche, le coude. Durée : rémissions spontanées de 3 ou 4 mois, poussées pendant la grossesse. Etiologie nulle.

Dans le cas particulier, en se basant sur certains signes, indiquant une dysthyroïdie chez sa malade, l'A. a institué le traitement thyroïdien prolongé (0,30 gr. de poudre de glande thyroïde par jour) et a obtenu une grande amélioration, sinon la guérison.

L'existence des symptômes thyroïdiens et des résultats du traitement autorisent d'admettre un rapport pathogénique de l'affection avec une dysthyroïdie. FRIEDEL

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 février 1910.

La laryngectomie totale dans le cancer. — M. ***Sébileau***. — Les néoplasmes du larynx, par suite des difficultés que présente leur diagnostic et de la lenteur de leur évolution comparée à la gravité de l'intervention, n'ont jusqu'ici été l'objet que d'un nombre restreint de tentatives opératoires complètes. J'ai longuement étudié sur le cadavre et j'ai tenté dix fois sur le vivant, avec 10 guérisons opératoires, la laryngectomie totale. J'ai employé la technique de Périer avec quelques modifications. Voici comment je procède :

Vingt jours avant l'opération, *trachéotomie* préalable pour permettre a la trachéite inévitable de se calmer avant l'opération principale et aussi pour exclure les lésions néoplasiques. *Anesthésie générale* au chlorure d'éthyle d abord, puis au chloroforme, à l'aide d'un appareil spécial qui ne gêne pas le chirurgien. Je fais l'incision verticale de Périer, mais en y ajoutant une incision horizontale longeant le bord supérieur du manubrium et allant d'un sterno-mastoïdien à l'autre.

J'obtiens ainsi deux lambeaux que je rabats, ce qui me permet de libérer soigneusement le larynx en avant et sur les côtés, libération qui doit se faire en rasant l'organe autant que possible et au cours de laquelle il faut veiller à ne pas léser le pharynx, surtout en dégageant les cornes du cartilage thyroïde.

On libère alors le larynx en bas par section de la trachée et en maintenant le bout inférieur de celui-ci à l'aide de gros fils. La canule est remplacée par un tube de Périer.

On achève la libération du larynx en arrière en le basculant de bas en haut, puis en haut, en sectionnant la membrane thyrohyoïdienne.

On répare la brèche pharyngienne, plus ou moins large suivant les cas à l'aide de toutes les parties molles avoisinantes.

La suture de la trachée à la peau doit être faite avec un soin tout particulier, comme l'hémostase, qui doit être parfaite.

Les soins post-opératoires sont particulièrement importants. Le malade doit être nourri à la sonde nasale jusqu'à cicatrisation complète de la plaie pharyngée.

M. ***Delbet***. — L'incision de Périer me paraît bonne et je ne vois pas bien quel avantage présente l'incision transversale qu'y ajoute M. Sébileau. C'est en haut surtout que la libération du larynx est difficile. Il me paraît inutile de dégager les cornes du thyroïde et il est plus simple de les réséquer et de les laisser en place.

M. ***Schwartz***. — La trachéotomie préventive, bien qu'elle puisse rendre d'incontestables services, n'est pas toujours applicable. Je n'ai pu l'employer dans un cas de cancer laryngé compliqué de goitre. J'enlevai d'ailleurs assez aisément d'un seul bloc le goitre et le larynx. Malheureusement mon malade mourut 3 jours après de broncho-pneumonie.

M. ***Sieur***. — Au lieu d'une trachéotomie préventive, ne vaudrait-il pas mieux sectionner complètement la trachée et la fixer à la peau après l'avoir coudée. On éviterait ainsi toute pénétration de sang dans la trachée au moment de la laryngectomie ultérieure.

M. ***Potherat*** est partisan de l'incision horizontale inférieure.

M. ***Périer***. — La trachéotomie préalable m'a semblé rendre l'opération plus difficile. Elle n'est pas indispensable, car on peut éviter les complications post-opératoires en plaçant les malades dans le décubitus latéral qui permet aux sécrétions de couler en dehors de la trachée.

Kyste dermoïde du médiastin. — M. ***Morestin*** présente une jeune fille à laquelle il a enlevé un kyste dermoïde fistuleux du médiastin. Il a dû pour cela faire une résection temporaire du manubrium sternal. L'opérée a parfaitement guéri.

Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 février 1910, — Présidence de M. BOURSIER, président.

Nécrologie. — Le président annonce le décès de M. ***Leblond***, membre honoraire, décédé tout récemment.

Sur la prophylaxie de la syphilis par un nouveau traitement abortif local pré-chancreux. — M. ***Hallopeau***, reprenant la question, considère la syphilis comme presque exclusivement localisée, pendant toute sa période primaire, au niveau du chancre des tissus qui l'entourent, des lymphatiques et des ganglions qui l'avoisinent. C'est là qu'il faut agir efficacement au moyen d'injections quotidiennes de benzo-sulfone paramino-phényl-arsinate de soude ou Hectine, médicament qui donne des résultats curatifs là où le mercure a échoué : les observations de MM. Balzer, Milian, Fouquet et les siennes peuvent en témoigner.

Les cantines scolaires à Paris. (Présentation d'ouvrage). — M. ***Butte*** demande que les médecins scolaires aient la charge de l'inspection des cantines au point de vue de l'hygiène alimentaire et il réclame la création d'une commission chargée dans les grandes villes de centraliser le service des cantines.

Canitie et calvitie. (Discussion de la communication de M. Guelpa). — M. ***Rœser***. — Les processus qui conduisent à la calvitie sont au nombre de trois, différant l'un de l'autre : 1° l'alopécie des jeunes, rapide et complète ; 2° l'alopécie de la quarantaine, plus disséminée et plus chronique, c'est-à-dire lente. Enfin, un 3e mode, appartenant plus spécialement à la femme, se caractérise par ce fait que la perte des cheveux n'est pas définitive. Ces alopécies s'accompagnent d'altérations des glandes sébacées, mais il paraît indispensable de les rapporter plutôt à des troubles généraux différents qu'à des lésions locales identiques, et pour le traitement, il serait utile de tenir compte de ces indications.

Cependant le traitement local a toujours prévalu, mais il n'a jamais donné de résultats que dans la troisième forme, celle où les cheveux ont déjà de la tendance à repousser sans aide.

Dans l'ignorance complète où nous sommes des causes dépendant de l'état général, nous sommes forcés de nous en tenir à ce traitement local, et nous ferons bien d'employer, comme M. Guelpa, le massage et les onctions grasses capables d'agir favorablement sur la sécrétion sébacée, sous la réserve d'instituer à l'occasion une thérapeutique générale plus en rapport avec les diverses formes de calvitie.

M. ***Gastou***. — La communication de M. Guelpa est tellement riche de faits intéressants et nouveaux qu'il est impossible d'en discuter le détail. Il paraît plus utile à M. Gastou, pour cette discussion, de faire passer sous les yeux de ses collègues, un cer-

tain nombre de coupes de cuir chevelu de sujets de différents âges.

L'examen de ces coupes confirme un grand nombre des points sur lesquels M. Guelpa a insisté : en particulier le rôle des glandes, des vaisseaux, de la sclérose du tissu conjonctif et surtout des muscles arrecteurs des poils. M. Gastou insiste à ce sujet sur le rôle des muscles, des vaisseaux de nutrition et de fonction qui jouent un grand rôle dans les maladies de la peau et du cuir chevelu.

M. **Léopold Lévi** prend en considération le rôle du corps thyroïde dans la calvitie ; il a été à plusieurs reprises à même de confirmer l'action véritablement élective du corps thyroïde sur la repousse du poil, rôle qui est expliqué par l'action des glandes à sécrétion interne sur l'épiderme et le poil. Il cite plusieurs cas de calvitie observés dans le service de M. Brocq, chez lesquels la repousse s'est faite grâce à l'administration du corps thyroïde.

M. **François-Dainville** montre qu'à côté des actions mécaniques ou glandulaires dans la production de la canitie, il faut faire intervenir le rôle du système nerveux pour *la canitie rapide* dont des cas ont été rapportés, entre autres par Lerry, Charcot, Féré, Brissaud, Marie (de Villejuif) et dont il a rapporté lui-même un exemple récemment, il s'agissait d'une hémicanitie survenue en 24 heures. Il s'agit vraisemblablement d'une réaction nerveuse à la souffrance et à la crainte moins fréquente que la douleur, la diarrhée et les troubles vaso-moteurs.

M. **Klotz**. — Si la glande thyroïde seule, sans l'aide des organes génitaux, était capable de faire pousser les cheveux, les animaux invertébrés, dépourvus de glande thyroïde, n'auraient pas de poils. Quand l'intestin fonctionne mal, les ferments éliminés par les glandes sébacées forment un milieu de culture favorable aux microbes cuticoles.

M. **Mouchet** demande à M. Guelpa quel traitement il convient d'instituer chez les sujets qui ont déjà les cheveux trop gras : faudra-t-il quand même user uniquement du massage au corps gras recommandé par M. Guelpa.

M. **Guelpa** répondra ultérieurement aux différents orateurs qui ont pris la parole à propos de sa communication.

L'examen fonctionnel de l'intestin après régime d'épreuve. — M. **Kolbe** (de Châtel-Guyon) expose l'examen fonctionnel de l'intestin d'après Schmidt, à l'aide de projections simples et polychromes. Cet examen est basé : 1° sur un régime rationnel d'une durée de 3 jours ; 2° sur l'examen des selles provenant de ce régime.

Tandis que l'intestin normal satisfait parfaitement à sa besogne, l'intestin malade laisse une quantité d'aliments plus ou moins grande indigérés. Par ce déficit alimentaire, dû à l'intestin lui-même, ou à l'insuffisance du foie et du pancréas, et par les produits pathologiques de la paroi intestinale atteinte par le processus inflammatoire infectieux, on juge de l'affection et de son degré et on conseille un traitement rationnel, soit diététique, soit médicamenteux, soit même opératoire.

Ce procédé, très facile, et applicable dans la pratique quotidienne, démontre : 1° la fréquence des entéropathies gastrogènes assez méconnues ; 2° les inconvénients du régime farinacé schématique dans l'entérite glaireuse et muco-membraneuse et ceux de son abus prolongé ; 3° l'exagération du rôle attribué par une certaine école à l'albumine alimentaire dans les auto-intoxications et les putréfactions intestinales, etc. ; 4° la faillite de l'hypostéatolyse comme signe certain d'indication opératoire dans les affections pancréatiques ou hépato-pancréatiques.

L'électricité agent de rééducation (*suite*). **La rééducation motrice.** — M. **Laquerrière** montre tout le parti que l'on peut tirer de l'exercice provoqué électriquement dans la rééducation musculaire. L'électricité étant le seul moyen de provoquer de véritables contractions actives, mais involontaires des muscles, permet de réveiller le fonctionnement des muscles, des centres médullaires et de faire renaître dans les centres psychiques la notion de la possibilité du mouvement. Il présente des observations qui permettent de se rendre compte des différents détails de technique.

Contribution à l'étude de la syphilis au Brésil. — M. ***Moniz de Aracao de Rabia.*** (Brésil).

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 11 février.

M. ***R. Lœwy*** emploie dans le traitement des tumeurs blanches les injections intra et extra-articulaires de Lannelongue et en a obtenu d'excellents résultats. (Présentation de malades).

M. ***O. Lenoir.*** — **Un cas de parotidite post-opératoire.** Il s'agit d'une parotidite survenue après une opération des plus simples d'appendicite à froid. Elle fut traitée avec succès par le massage et l'expression de la glande. L'auteur fait suivre sa communication de considérations sur la pathogénie, l'étiologie et le traitement des parotidites post-opératoires.

M. ***Arnould*** a vu deux énormes parotidites suppurées survenir 14 jours après une opération pour appendicite à froid très simple.

M. ***Leuret*** présente un rapport sur deux observations de M. Mouret, de Brioude, l'une d'incrustation totale de l'urèthre par des cristaux de phosphates et de carbonates sans aucune lésion générale ou locale, l'autre d'une pseudo-appendicite qui paraît n'être en somme qu'une tuberculose intestinale ou péritonéale atténuée.

M. ***Rousseau*** présente une malade opérée il y a 3 ans d'une énorme tuberculose rénale.

M. ***Péraire*** présente un lipome de l'épaule à point de départ ostéo-périosté. Il insiste sur la pathogénie de ces tumeurs.

M. ***Bonamy*** présente un appendice qui contenait une douzaine de plombs dont quelques-uns sortis, par une perforation, roulaient au milieu des anses intestinales.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations pratiques sur les maladies du foie, par le docteur Aviérinos. (Un volume in-18 jésus de 104 pages : 2 fr., chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Ce petit livre, essentiellement pratique, est la mise au point de la thérapeutique courante d'un organe important. Le foie a reconquis, sans conteste, dans la pathologie moderne, l'un des premiers rangs qu'il occupait jadis.

Les maladies sont placées par ordre alphabétique pour faciliter les recherches. Au-dessous de chacune d'elles, quelques mots d'étiologie, de symptomatologie et de diagnostic. Enfin, des exemples d'ordonnances, appropriés à chacune de ces maladies. Comme introduction, quelques règles sommaires pour l'examen d'un hépatique.

Pour tout médecin qui sait la valeur du temps et les difficultés que l'on rencontre à trouver vite une formule ou une indication thérapeutique, dans de gros ouvrages, ce sera un vade-mecum portatif précieux et d'une immédiate et réelle utilité.

Conseil pratique sur l'électricité et les rayons X, par le Dr Louis Dumont. (1 petit vol. de 260 pages, chez l'auteur, 23, rue Etienne-Marcel, Paris.)

Excellent petit conseiller, indiquant aux médecins la manière d'appliquer l'electricité et les rayons X à la pratique journalière. Nombreuses figures explicatives. Indications pratiques pour le traitement des diverses maladies.

Consultations journalières et formulaire pratique, par le Dr Jayme Ferreira. (1 vol. in-16, cartonné, de 200 p. chez Maloine, à Paris, 1909.)

L'auteur est Portugais. Le présent formulaire, en langue française, est présenté au public par une petite et charmante préface de M. Huchard, lequel rappelle, comme par hasard, à propos de la même erreur faite par l'auteur, que la maladie dite de Basedow doit être appelée maladie de Parry-Graves ou maladie de Flajani-Parry.

Cette réserve faite, le présent formulaire se présente sous une forme claire, pratique, commode, en donnant un court résumé du traitement médicamenteux des diverses maladies.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement actuel des hémarthroses du genou ;

Par le Dr TANTON
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

On doit entendre, sous le nom d'hémarthrose traumatique du genou, un épanchement sanguin survenant à la suite d'un traumatisme localisé de cette articulation, soit traumatisme direct (heurt antéro-postérieur, chute sur le genou), soit traumatisme indirect (le plus souvent abduction et rotation externe de la jambe en flexion sur la cuisse), réalisant le mécanisme habituel de l'entorse du genou.

En ouvrant un traité classique on trouve, comme formes cliniques, parallèlement à l'hémarthrose, l'hydarthrose et l'hémo-hydarthrose traumatiques et nombre d'auteurs s'arrêtent complaisamment sur certains signes qui permettraient le diagnostic différentiel de la nature de l'épanchement intra-articulaire, signes dont le plus important serait, sans nul doute, la rapidité dans l'apparition de l'épanchement après le traumatisme et le volume de cet épanchement. Une expérience qui, sans être encore très longue, porte cependant sur un nombre de cas déjà notable, nous a amené à conclure à la rareté de l'existence de ces deux dernières variétés d'épanchements séreux ou séro-hématique intra-articulaire, consécutifs à un traumatisme, par rapport aux épanchements sanguins purs — et, bien entendu, nous n'envisageons ici que les épanchements immédiats et non les réactions secondaires plus ou moins lointaines d'une synoviale traumatisée. — Nous ne voulons pas nier l'existence de l'hydarthrose et de l'hémo-hydarthrose traumatiques, mais nous pouvons dire que dans notre pratique personnelle, — et nous en avons eu la preuve anatomo-pathologique fournie par le traitement employé, en l'espèce, la ponction de l'article, — nous n'avons jamais observé d'épanchement séreux ou séro-hématique. Dans tous nos cas ainsi ponctionnés, nous avons eu affaire à du sang pur, à des hémarthroses vraies, c'est là une notion que nous enseignons couramment à nos élèves et nous partageons pleinement l'avis de M. Billet qui tout récemment (1) exprimait la même opinion.

Cet épanchement sanguin, et c'est là une notion classique, survient très rapidement après le traumatisme. Au bout de quelques heures, le genou est déjà très volumineux, les culs-de-sac synoviaux sont distendus, les méplats rotuliens ont disparu, la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. Le choc rotulien est parfois net, parfois impossible à obtenir en raison de la trop grande distension de l'article par un épanchement très abondant, la douleur est diffuse dans tout l'article ; le malade présente souvent, les premiers jours, une élévation de température parfois légère (38°) parfois plus élevée (39°, Broca) élévation de température qui est l'analogue de la fièvre que l'on observe dans les fractures fermées et que l'on rapporte actuellement à la résorption sanguine.

Que devient cet épanchement sanguin abandonné à lui-même dans l'intérieur de la cavité articulaire ? Au bout de 48 heures ou 3 jours, il ne progresse plus et la résorption commence, le volume du genou diminue, le choc rotulien devient facile à produire, mais cette résorption est excessivement lente, elle restera souvent, habituellement même, incomplète. En même temps apparaît l'atrophie musculaire.

Cette atrophie, sur laquelle de nombreux travaux récents ont attiré l'attention et que l'on considère à l'heure actuelle comme dominant le pronostic de l'affection articulaire, est de nature réflexe. Ces atrophies réflexes nous sont bien connues depuis les travaux déjà anciens de Vulpian, de Charcot, de Paget, de Valtat, les recherches anatomo-pathologiques de Klippel, et expérimentales de Raymond et Deroche, de Cazin et Duplay, de Mignot et Mally. Nous savons que leur substratum anatomo-pathologique réside dans une atrophie et une diminution du nombre des grandes cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, que cette diminution numérique des cellules médullaires est parallèle à la diminution de poids des muscles atrophiés, et que le point de départ de ce réflexe est l'irritation des filets nerveux sensitifs de la synoviale articulaire. D'après Raymond, la diminution de volume du muscle dépendrait, non pas d'une destruction de la substance contractile, mais d'une atrophie de le substance interfibrillaire à laquelle le muscle doit en majeure partie son élasticité. Cette lésion serait, suivant Metchnikoff, une résultante de l'action des phagocytes musculaires dont le rôle est modifié par suite du trouble des cellules radiculaires des cornes antérieures de la moelle. Ces atrophies ont pour caractères cliniques dit Delbet, d'être constantes, d'être précoces, d'être considérables et jamais arbitraires dans leur développement, car elles frappent toujours le muscle le plus fragile, celui de l'extension : le deltoïde à l'épaule, le triceps au coude, le quadriceps fémoral au genou. Vulpian et Charcot ont établi les caractères cliniques de ces atrophies réflexes. Ce sont des atrophies paréto-spasmodiques, disaient-ils, et au niveau des muscles atteints, nous trouvons cette triade symptomatique, le spasme, l'atrophie, la parésie, à laquelle des recherches plus récentes ont permis d'ajouter la diminution de l'excitabilité électrique du muscle au courant galvanique et faradique, l'absence de réaction de dégénérescence et une diminution de la résistance électrique traduisant l'existence de troubles vaso-moteurs, cliniquement peu apparents.

Cette atrophie réflexe précoce peut, parfois, en un temps excessivement court, atteindre un degré considérable, il s'agit en quelque sorte d'une véritable « fonte musculaire », et elle est parfois incurable. Dans tous les cas, elle devient rapidement marquée et constitue un facteur d'aggravation considérable pour le pronostic ultérieur et la *restitutio ad integrum* de la valeur fonctionnelle du membre.

Tel est, rapidement résumé, le tableau symptomatique de l'hémarthrose du genou.

Le traitement de ces épanchements sanguins intra-articulaires, qui nous arrêtera plus longtemps, a varié suivant la conception qu'on s'est faite des lésions et de leur importance.

Au début, on s'est occupé surtout du traitement de l'épanchement sanguin. On a cherché avant tout à obtenir sa résorption, puis, quand l'asepsie permettant plus d'audace, l'évacuation directe et totale de l'épanchement est entrée dans la pratique, on a cherché à éviter sa reproduction, c'est la période *d'immobilisation*.

Les idées se modifiant, on a su accorder à l'atrophie musculaire réflexe sa véritable valeur clinique ; la mobilisation, introduite dans le domaine des fractures, a aiguillé l'esprit vers ces procédés comme traitement de choix à appliquer aux épanchements intra-articulaires : c'est la période de mobilisation. Cette mobilisation a varié et varie encore dans ses différents termes, dans le moment de son application, dans sa réalisation, dans son dosage, suivant les auteurs et suivant les conceptions pathogéniques. Nous essayerons de déduire les règles de l'application de

(1) Société de Médecine militaire française, 2 décembre 1909.

tel ou tel procédé de traitement, en rapport avec les différents cas cliniques que l'on peut observer.

I. *Immobilisation.*—A la période où le symptôme objectif, l'épanchement intra-articulaire, était le plus important, on s'est adressé, pour arriver à la résorption de l'épanchement intra-articulaire, faire disparaitre la douleur provoquée par la distension de l'article, tout d'abord à la compression et à l'immobilisation. La méthode de compression forcée du professeur Delorme en est l'expression et on doit lui reconnaître, entre autres avantages : la disparition complète de la douleur, et une résorption plus hâtive du liquide intra-articulaire. Il est vrai que son application est difficile, délicate et demande un soin extrême si l'on veut se mettre à l'abri des accidents. A l'heure actuelle, grâce à l'asepsie, la compression a laissé la place à l'évacuation directe du contenu intra-articulaire par la ponction ou par une arthrotomie.

Certains chirurgiens et non des moindres : Hartmann, Tuffier, Routier, L. Championnière sont partisans déclarés de l'arthrotomie, Willems l'a abandonnée ; la majorité des chirurgiens se rangent cependant à la ponction.

A la ponction fait suite l'immobilisation.

L'appareil immobilisateur est habituellement une gouttière plâtrée qui va du milieu de la cuisse au milieu de la jambe et elle est maintenue 20 jours au moins. Puis la mobilisation, 3e terme du traitement, est alors commencée. Pour les uns, elle doit être passive, faite par le médecin ou le masseur, s'accompagne habituellement du massage et de l'électrisation musculaire ; pour d'autres (1) elle est active : « on laisse au malade lui-même le soin d'assurer cette mobilisation et de la subordonner à la douleur. Dès qu'il a la jambe libre, le blessé est autorisé à la mouvoir dans son lit, puis, au bout de quelques jours, à se lever. Mais il doit s'arrêter dès que les mouvements deviennent douloureux. On l'oblige aussitôt à se reposer, puis il ne recommence à faire usage de son membre que lorsque la douleur a cessé. Il recommence et s'arrête autant de fois qu'il est nécessaire mais à aucun moment il ne doit avoir mal. Le massage, l'électrisation sont systématiquement abandonnés ».

Les partisans de cette méthode estiment qu'en un mois de traitement une hémarthrose du genou peut être guérie.

A la fin de l'immobilisation, l'atrophie musculaire serait « habituellement très minime, parfois même nulle » et après 8 à 10 jours de mobilisation, le malade est susceptible de sortir guéri de l'hôpital.

II. *Mobilisation.* A cette méthode d'immobilisation s'oppose la méthode générale de mobilisation active immédiate qui vient d'avoir, à la suite de communications de divers auteurs, un regain d'actualité et fait tous les jours de nouveaux adeptes.

Cette méthode n'est pas nouvelle et depuis bien longtemps L.-Championnière l'a mise en pratique et conseillée. Le point important qu'elle vise, ce n'est plus l'épanchement mais l'amyotrophie, l'importance de l'épanchement passe au second plan.

La mobilisation, dit L.-Championnière, est un principe si parfait après ce genre de traumatisme, que, quel que soit le mode de mobilisation, même s'il est mauvais, il en résulte souvent quelque chose de bon, si on compare la méthode nouvelle aux désastres de l'immobilisation.

Mais les auteurs se séparent dans l'application des procédés. Pour la plupart, la mobilisation doit être précédée de l'évacuation du contenu de l'article ; certains cependant comme Thooris (1) et André ne la pratiquent jamais. L. Championnière considère qu'elle est inutile dans les petits épanchements et préfère l'arthrotomie lorsque l'hémarthrose est assez abondante. Rochard et de Champtassin pratiquent et conseillent la ponction toutes les fois que l'importance de l'épanchement le nécessite.

Même divergence dans les procédés de mobilisation.

Le point essentiel de cette mobilisation réside pour Thooris et pour André (2) dans la suppression absolue du mouvement de flexion et la fréquente répétition du seul mouvement d'extension. C'est donc la contraction isolée du quadriceps avec résistance faible (le poids du membre) et constante. Ces auteurs ont relevé des retards dans la guérison après les mouvements de flexion. Le mouvement d'extension qui rend au genou sa forme normale et ses méplats « est spécifiquement curatif de l'épanchement du genou ». Ce mouvement, et c'est là un point capital, doit être spontané. Le malade soulève sa jambe étendue et l'on se rend compte ainsi de l'état fonctionnel du quadriceps fémoral qui se révèle, soit par une inhibition complète, soit par la production de mouvements légers, soit par la production de mouvements allant jusqu'à l'angle droit. Ce mouvement doit, en outre, être régulier et continu, la jambe doit parcourir des espaces égaux en des temps égaux.

Puis, lorsque le quadriceps a récupéré suffisamment sa puissance, le malade passe de la phase des mouvements couchés à celle des mouvements debout, c'est-à-dire à la marche thérapeutique en extension, en posant d'abord le talon sur le sol, puis la plante, puis la pointe du pied, en somme, marche la jambe raide en posant la pointe du pied en dedans et la dernière. La guérison s'obtiendrait en 15 ou 20 jours.

Lucas-Championnière combine le massage à la mobilisation. « Après les hémathroses, dit-il, pour la résorption des épanchements, la disparition de la douleur et le retour de la fonction musculaire, le massage est d'importance capitale. Le massage léger et direct du muscle favorise sa nutrition et contribue à lui rendre sa puissance musculaire, le massage articulaire favorise la résorption et fait tomber la douleur. »

Quant à la mobilisation, elle comprend des mouvements passifs modérés, qui entretiennent la souplesse articulaire, des mouvements actifs courts, répétés, en petite tension, sans jamais amener de fatigue musculaire.

Ce dernier point est surtout important et on peut donner à la méthode de L. Championnière le nom de méthode des poids légers.

Pour cet auteur, en effet, le muscle doit travailler en petite tension, la répétition de ses contractions est plus importante que leur puissance, pour faire développer le muscle, le poids lourd est inutile. Le poids lourd n'est employé qu'à la fin du travail pour vérifier la puissance musculaire acquise.

A cette méthode des poids légers s'oppose la méthode des poids lourds de Rochard et de Champtassin. Son principe est le suivant :

1° Commencer les mouvements dès que l'articulation est vidée.

2° Ne faire que des mouvements actifs avec des poids progressivement lourds.

L'épanchement doit être enlevé par ponction pour supprimer la douleur, l'obstacle qu'il constitue à la mobilisation, éviter la réaction inflammatoire qu'il produit dans l'articulation et la laxité ligamenteuse, cause de per-

(1) Billet. Société de Médecine Militaire française, 2 décembre 1909.

(1) Thooris. — *Le Caducée*, janv. 1909.
(2) André. — *Caducée*, 5 juin 1909.

sistance d'épanchement primitifs et d'apparition d'épanchements secondaires.

« La mobilisation avec contraction volontaire du quadriceps doit être commencée dès le lendemain de la ponction. On s'adresse ainsi à un muscle qui, bien qu'atrophié, n'a pas encore perdu l'aptitude à la contraction élémentaire et l'accoutumance à l'excitation neuro-motrice». On fait travailler le muscle en le soumettant à la méthode des résistances progressives.

Le point important pour ces auteurs est, comme nous l'avons dit, l'amyotrophie « car ce qui entretient l'épanchement articulaire, c'est le changement de statique produit à l'intérieur de l'article par l'insuffisance fonctionnelle du quadriceps et le défaut d'application de la rotule.

« En effet, à l'état normal, tendon, rotule et ligament rotulien forment une sangle qui non seulement consolide l'appareil articulaire mais encore maintient la cavité de l'article et par conséquent la synoviale dans des conditions stati-cinésiques déterminées.

« Si par une cause quelconque, l'atrophie du quadriceps apparaît, la sangle se relâche, ne s'applique plus qu'imparfaitement sur l'articulation qu'elle maintient mal, la rotule flotte et l'intérieur de l'article se trouvant pour ainsi dire agrandi, toute la statique articulaire est changée et les conditions de pression ne sont plus les mêmes. Il est raisonnable de penser que les vaisseaux de la synoviale, trouvant, du côté de l'intérieur de l'articulation, une pression moins forte, laissent transsuder du liquide qui ne passerait pas à travers leurs parois si la sangle rotulienne faisait son effet » (1).

Le but que ces auteurs poursuivent par leur méthode est le suivant :

1° Récupération de la force musculaire ;

2° Assèchement de l'articulation ;

3° Accoutumance progressive de la synoviale enflammée à supporter la pression du poids du corps.

Pour cela, deux sortes de mouvements sont employés.

1° Mouvements couchés. Extension de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse : Effort de poussée.

La progression dans ce mouvement ne sera achevée que lorsque le sujet aura pu pousser le poids de 30 k. c'est-à-dire approximativement la moitié du poids qu'il soulève quand il fait passer son corps de la position accroupie à la position verticale ; la flexion complète du genou sera obtenue progressivement dans ce mouvement.

Ce mouvement fait travailler particulièrement les muscles postérieurs de la cuisse, mobilise activement l'articulation, facilite la résorption du reliquat de l'épanchement et accoutume la synoviale et les ligaments à supporter le poids du corps.

2° Mouvements assis, extension de la jambe sur la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin.

La résistance est, au début, le poids du membre, le chiffre moyen de la résistance maxima environ 10 k.

Ce mouvement a pour but de refaire le quadriceps atrophié. Enfin, pendant toute la durée du traitement qui est en moyenne de 15 jours, avec une séance par jour « le malade doit effectuer d'une manière excessivement fréquente, et pour ainsi dire permanente, des contractions *à vide* du quadriceps, le membre étant dans l'extension et reposant sur le plan du lit » contractions périodiques qui ont pour but, d'une part, d'entretenir la tonicité du muscle et, d'autre part, de réaliser sur l'articulation une véritable compression active qui permet à la sangle rotulienne d'exercer une action efficace.

(1) Rochard et de Champtassin. — *Rev. de. Chi.*, 10 janvier 1910.

La guérison des malades serait obtenue ainsi en 15 ou 20 jours.

Nous avons eu l'occasion de traiter par cette dernière méthode 15 cas d'hémarthrose traumatique du genou. La ponction de l'article était faite de 36 à 48 heures après l'accident et la mobilisation active commencée le lendemain même de la ponction. Bien que nous servant d'un appareil rudimentaire et non de l'appareil type de M. de Champtassin, nous avons obtenu des résultats très satisfaisants et dans 14 cas, la guérison fut obtenue dans des délais qui varièrent de 12 jours, chiffre minimum, à 18 jours, chiffre maximum.

Les malades sont sortis ayant récupéré la puissance de leur quadriceps et n'ayant pas d'atrophie musculaire.

Sur ces 14 cas nous vîmes survenir au cours de la première semaine, au 5e jour en moyenne, 3 récidives et une nouvelle ponction du genou pratiquée nous donna dans 2 cas du liquide séro-hématique, dans 1 cas du sang à peu près pur. Ces récidives, que l'on voit notées quelquefois par les auteurs de la méthode eux-mêmes, ne nous paraissent pas devoir être mises sur le compte de cette méthode ; elles sont plutôt dues, soit à ce que la 1re ponction fut faite trop hâtivement, l'hémostase spontanée étant insuffisante, soit à ce que — et c'est ce qui fut nettement constaté dans un des cas — la distension de l'article ayant été extrême, l'épanchement énorme, l'adaptation de la sangle rotulienne resta défectueuse trop longtemps et permit l'exosmose du sérum sanguin dans une cavité articulaire à pression négative.

D'autres auteurs ont cherché à simplifier la méthode de mobilisation et, après évacuation de l'épanchement intra-articulaire par ponction, réalisent la mobilisation purement et simplement par la marche (Moty, Sturel) ; c'est la *méthode ambulatoire*. Tout récemment Villems, de Gand (1), l'a préconisée à nouveau, pour les cas tout à fait récents où l'atrophie n'a pas eu le temps de s'établir, et pour lesquels, dit-il, la méthode de Rochard et de Champtassin ne paraît pas trouver son indication.

Immédiatement après la ponction, on fait descendre le malade de la table et on lui ordonne de marcher. Il constate, avec étonnement, que la douleur a disparu et que l'articulation a retrouvé en grande partie sa fermeté et sa souplesse. A partir de ce moment, la marche doit être continuée, et la guérison fonctionnelle sans atrophie musculaire est obtenue dans un délai très bref. Les suites immédiates ont été constamment d'une bénignité absolue : sur 33 cas ainsi traités il a eu 10 récidives, mais dont 7 très légères et, 3 fois seulement, une nouvelle ponction fut nécessaire. Les résultats de cette méthode sont éloquents, dit l'auteur, car l'incapacité de travail fut de 5 à 15 jours au maximum, en moyenne de 9 jours.

Les résultats éloignés sont tout aussi bons ; les opérés qu'il a revus, plusieurs mois après leur guérison, avaient tous un membre absolument normal. Et il conclut que, dans les épanchements intra-articulaires du genou récents, la ponction, suivie immédiatement de la marche, constitue une méthode de traitement infiniment supérieure à toutes les autres, qu'elle est inoffensive à condition d'être pratiquée avec les précautions requises, qu'elle guérit beaucoup plus rapidement que les autres traitements et avec une perfection que ceux-ci n'atteignent pas toujours. C'est une pratique qui n'a que des avantages, et rien ne s'oppose plus efficacement à l'atrophie musculaire.

Au milieu de toutes ces méthodes que choisir, laquelle appliquer dans la pratique courante ?

(1) *Acad. Roy. de Méd. de Bruxelles*, 16 septembre 09.

Il nous paraît tout d'abord nécessaire de fixer un point essentiel : celui de l'état de l'articulation.

L'hémarthrose du genou n'est en effet qu'un syndrome, l'épanchement hémorragique intra-articulaire, un symptôme, dominant en l'espèce, mais sous lequel il faut chercher la lésion, et partant, l'état anatomo-pathologique de l'articulation.

Toute une gamme de lésions traumatiques diverses sont capables de faire des hémarthroses, toutes les hémarthroses n'ont donc pas une pathogénie univoque. Et c'est à ce diagnostic anatomique qu'il faut s'attacher surtout, car c'est lui qui dictera la conduite à tenir, le choix entre les différentes méthodes de mobilisation ou d'immobilisation.

L'interrogatoire du malade, les commémoratifs de l'accident, la position du membre dans la chute par exemple, seront importants à déterminer, car ils orienteront l'esprit vers la possibilité et la recherche de telle ou telle lésion localisée. L'exploration soigneuse du point où aura porté, dans certains cas, le choc direct sera de toute nécessité.

Sans vouloir établir une proportionnalité absolue entre l'importance du traumatisme, la gravité des lésions anatomiques, la quantité et la précocité d'apparition de l'épanchement sanguin intra-articulaire, il faut cependant reconnaître que, dans la majorité des cas et en dehors de dyscrasies particulières, mais très rares, l'existence d'une distension énorme de la synoviale articulaire par un épanchement très rapidement apparu impliquera l'existence d'une lésion articulaire grave. A un épanchement moyen ou minime, correspondront les lésions banales habituelles de l'hémarthrose du genou par traumatisme indirect, entorse légère

Quelles sont ces lésions ? Dans les cas simples, c'est la déchirure de la synoviale dans sa région supéro-latérale interne, là où elle est très mince, très fragile, adhérente aux plans sus-jacents et en particulier au ligament latéral interne, lorsque la bourse séreuse sous-ligamenteuse est absente, adherence qui ne lui permet ni de glisser ni de se dérober, lors même qu'il n'existe qu'un faible arrachement ligamenteux.

C'est, ensuite, toute une catégorie de lésions traumatiques des *cartilages articulaires* du genou, dont on néglige habituellement l'étude en dehors des corps étrangers nés de leur fracture et sur lesquelles Konrad Büdinger a tout récemment appelé l'attention, qui seraient très fréquentes d'après cet auteur et existeraient assez souvent isolées. Ce sont des fissures, des encoches, des fentes, des décollements partiels des cartilages articulaires. Ces lésions cartilagineuses, que l'auteur a pu constater de visu au cours de larges arthrotomies, siégeraient de préférence à la rotule, puis sur la partie médiane de la trochlée fémorale et sur sa zone externe, point où le traumatisme causal a d'ailleurs le plus souvent porté, ou en toute autre zone de la surface articulaire, dans les traumatismes indirects de mécanisme variable, par torsion brusque de la jambe par exemple.

Ce sont encore des hématomes sous-cartilagineux, ailleurs, des fentes plus ou moins profondes, irradiées, étoilées, largement déhiscentes parfois, ou encore des segments isolés presque détachés, relevés et saillants, des plaques saillantes de pourtour fissuraire, des lambeaux décollés pouvant parfois se détacher et former des arthrophytes.

Ce sont encore, à la suite de traumatismes directs, des fractures partielles ou parcellaires : fracture des ménisques inter-articulaires, arrachements de ces ménisques, des fractures incomplètes — fissures — ou complètes, avec ou sans déplacement, soit de la rotule, soit des plateaux tibiaux ou des condyles fémoraux, fractures parcellaires qui peuvent être l'origine de corps étrangers articulaires osseux ou ostéo-cartilagineux.

Ce sont, à la suite de traumatismes indirects, et en particulier de l'abduction et de la rotation interne réalisant le mécanisme habituel de l'entorse du genou, toutes les lésions qui accompagnent ce trauma et qui ont fait l'objet d'une étude expérimentale et clinique récente de Gangolphe et Thévenet et qu'ils classent de la façon suivante, de la lésion la plus simple à la plus étendue :

Au 1er degré, désinsertion partielle de l'extrémité supérieure du ligament latéral interne.

Au 2e degré, la désinsertion totale de l'extrémité supérieure du même ligament. La surface d'insertion du ligament est mise à nu, le tissu osseux spongieux découvert sur l'étendue d'une pièce de 20 centimes environ.

Au 3e degré — arrachement osseux — le ligament latéral interne est intact, il a arraché avec lui son insertion osseuse sur la largeur d'une pièce de 2 fr. la lame de tissu compact restant adhérente au ligament ; le tubercule du 3e adducteur est également en partie arraché.

Parfois, il s'y ajoute une déchirure des surtouts fibreux latéro-rotuliens, un arrachement d'un fragment tibial.

Enfin, dans d'autres circonstances, on se trouvera en présence d'un arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.

Dans toutes ces lésions, l'hémarthrose existe ; mais, si dans les accidents de la 1re catégorie, elle forme à elle seule à peu près tout le tableau symptomatique, elle n'est, évidemment, dans toutes les autres catégories de cas, qu'un symptôme d'importance secondaire, presqu'un épiphénomène, et un examen complet doit tendre à diagnostiquer ces lésions causales.

Ce diagnostic est souvent difficile, tant à cause du volume de l'épanchement et de la douleur diffuse qu'à cause, souvent, de la profondeur des lésions qui échappent à une palpation même attentive.

Pour faciliter le diagnostic, il sera bon de vider au préalable l'article par la ponction et sur une articulation non déformée il sera beaucoup plus facile d'explorer de façon méthodique et précise les différentes portions constituantes de cet article.

La douleur à la pression, au niveau de l'insertion supérieure du ligament latéral interne, est un signe capital pour le diagnostic d'une entorse, elle existe seule dans les cas légers ; il s'y ajoute dans les cas graves la douleur à la contraction des adducteurs, témoin de l'arrachement des fibres les plus inférieures du tendon du 3e adducteur ; la mobilité latérale, le choc du plateau tibial, traduiront une entorse grave avec arrachement osseux.

L'exploration de la rotule devra être faite avec soin pour ne pas laisser échapper une fissure rotulienne que des mouvements intempestifs pourraient transformer en fracture complète avec déchirure des ailerons et écartement considérable des fragments.

On devra donc systématiquement avoir recours à la radiographie, qui seule, d'ailleurs, pourra renseigner sur l'existence de lésions profondes inaccessibles à l'exploration clinique, sur l'existence de corps étrangers articulaires, etc.

Le diagnostic causal posé et l'état anatomique de l'articulation connu, on établira le traitement.

Aux cas simples, entorses légères, contusion minime des cartilages articulaires, conviendra le traitement que nous venons d'étudier et que nous avons nous-même employé, c'est-à-dire la méthode de Rochard et Champ-

tassin : ponction et mobilisation active avec résistances progressives. Mais il est bien évident que lorsque la radiographie ou l'exploration clinique montreront l'existence d'une entorse grave avec arrachement ligamenteux total ou arrachement osseux, avec mobilité latérale, de ces entorses qui souvent créent une véritable infirmité à cause de leur récidive fréquente, ou d'une fissure rotulienne, le traitement devra être la ponction, pour prévenir dans la mesure du possible l'atrophie réflexe et l'immobilisation absolue longtemps prolongée.

C'est dans ces cas que l'immobilisation restant même souvent insuffisante, certaines interventions ultérieures seront alors nécessaires lorsque le genou reste douloureux et gêné dans son fonctionnement (arthrotomie large par le procédé de Langenteck-Büdinger, suture des ligaments déchirés, enclouage des fragments osseux détachés, ablation d'un ménisque, etc.)

Chez un de nos 15 malades, nous pûmes, après évacuation de l'hémarthrose par ponction, constater l'existence d'un syndrome méniscal dû soit à un arrachement, soit à une fracture du ménisque interne. Une immobilisation assez prolongée fut insuffisante pour amener la guérison, mais le malade refusa toute intervention.

Ne nous occupant donc ici que des cas simples, comment appliquera-t-on le traitement par la ponction suivie de mobilisation active avec résistances progressives !

Et tout d'abord, la ponction ?

La première question qui se pose est la suivante :

A quel moment doit-on ponctionner ?

Cette intervention répond à plusieurs buts.

1° Evacuer l'épanchement sanguin dont la résorption spontanée est trop lente et risque d'être incomplète ;

2° Faire disparaître les douleurs dues à la distension de l'article ;

3° Eviter la distension des ligaments et la laxité articulaire consécutive ;

4° Empêcher l'atrophie musculaire réflexe qu'elle tient sous sa dépendance.

Pour toutes ces raisons, la ponction doit être en principe aussi précoce que possible. Cependant, il faut se garder d'une intervention trop hâtive, il faut attendre, en effet, que soit faite l'hémostase spontanée au niveau de la ou des lésions intra-articulaires, au niveau des points qui ont saigné, ce que l'on reconnaîtra à ce que l'épanchement reste stationnaire, et une ponction trop précoce expose à voir l'épanchement sanguin se reproduire très rapidement. Il faut donc, comme dans les interventions pour fractures de la rotule, attendre un certain temps avant de ponctionner, et un délai de 48 heures entre l'apparition de l'épanchement sanguin intra-articulaire et la ponction nous paraît de bonne pratique.

Faut-il toujours pratiquer la ponction ?

Dans les cas d'épanchement très minime, Lucas-Championnière conseille de s'en dispenser et de mettre en œuvre les autres méthodes : massage, compression modérée de l'article et mobilisation. A notre avis, même si l'épanchement est minime, et, à fortiori, dans tous les autres cas, elle doit être pratiquée. La ponction faite aseptiquement n'est nullement dangereuse et, mieux que n'importe quel autre procédé de traitement, elle prévient l'apparition de l'atrophie musculaire en supprimant le réflexe. Il n'y a aucune relation nécessaire, disait Charcot, entre l'intensité de l'affection articulaire et celle des phénomènes amyotrophiques et parétiques. Dans tous les cas où le traitement fait disparaître d'une façon précoce et durable l'épanchement intra-articulaire, l'amyotrophie guérit ou s'améliore considérablement, écrivent Mally et Richon. Et ils ajoutent : « Si on voit l'épanchement qui avait disparu réapparaître sous forme chronique, le retour de l'hydarthrose entraîne le retour de tous les symptômes de l'amyotrophie. Lorsqu'on a affaire à une hydrarthrose rebelle, tous les traitements mis en œuvre, l'irritation articulaire persistant, engendrent des amyotrophies réflexes durables et progressives ». Et c'est précisément là une objection que nous ferons au traitement préconisé par MM. Thooris et André, l'absence d'évacuation du contenu de l'article permettant la continuation de l'irritation articulaire.

Comment pratiquer cette ponction ?

Après les précautions aseptiques ordinaires, et nous ne saurions trop recommander à cet effet la stérilisation de la région du genou avec la teinture d'iode suivant la méthode de Grossich, — c'est-à-dire application, sans aucun lavage préalable à l'eau savonneuse, de 2 couches de teinture d'iode — on ponctionnera l'article au lieu d'élection, c'est-à-dire au niveau de l'angle supéro-externe de la rotule, avec un trocart assez volumineux. Point n'est besoin d'aspiration ; une pression assez énergique exercée sur les culs-de-sac articulaires facilite l'écoulement du liquide, et la ponction, ainsi faite, ne présente pas, comme souvent la ponction aspiratrice, l'inconvénient d'être douloureuse. Nous considérons le lavage intra-articulaire avec une solution antiseptique quelconque, ou même simplement avec un liquide stérile (sérum artificiel) comme inutile et souvent dangereux. Le sang épanché dans l'article s'évacue en effet toujours facilement, car il ne se coagule pas et, alors même que la ponction n'est faite que plusieurs jours après l'apparition de l'épanchement, le sang reste liquide et s'écoule entièrement par le trocart. On retire ainsi un liquide sirupeux, laqué, rouge-noirâtre, visqueux, mais sans caillots.

De plus, une ponction parfaitement aseptique est réalisable dans n'importe quel milieu, à la campagne comme dans une salle d'opération, le lavage de l'articulation et à fortiori l'arthrotomie nécessitent, au contraire, immédiatement un matériel plus compliqué qui doit être absolument stérile sous peine d'infection articulaire grave, d'arthrite suppurée, et demandent des conditions plus difficilement réalisables.

La ponction faite, et une quantité de sang très variable suivant les cas (le chiffre 60 à 80 c. c. est une moyenne fréquente) enlevée, un pansement aseptique sec est appliqué directement sur la petite plaie et un bandage ouaté légèrement compressif entoure l'articulation.

En deuxième lieu, la mobilisation ?

Suivant MM. Rochard et de Champtassin, on doit commencer la mobilisation active dès le lendemain du jour de la ponction et c'est ce que nous avons fait dans la plupart de nos cas.

Cette mobilisation avec résistances progressives peut s'exécuter avec un appareil de fortune et c'est le seul que nous ayons employé dans nos 14 cas.

Une longue et solide corde était attachée par une de ses extrémités à un étrier qui embrassait le pied du malade, elle se réfléchissait sur une poulie fixée à la tête du lit et l'autre extrémité supportait le poids.

C'est évidemment là un appareil primitif, et à la contraction musculaire dynamique, la seule que l'on doive chercher d'après les auteurs, s'ajoutent la contraction frénatrice et la contraction statique, tout au moins inutiles ; mais malgré ces inconvénients, le procédé reste excellent et pratique, et sa simplicité permet de l'appliquer dans n'importe quel milieu.

Les mouvements couchés, c'est-à-dire l'effort de poussée,

seront poursuivis jusqu'à ce que le malade remonte le poids de 30 kil. en augmentant régulièrement, progressivement et par kilo, le poids poussé, d'environ 2 kilos par jour, le malade faisant une séance par jour d'environ 10 à 15 minutes. Les mouvements assis sont également commencés dès le premier jour avec, initialement, le poids du membre comme seule résistance, puis en augmentant cette résistance par 500 gr. d'abord, jusqu'à 5, 6 kil. puis par kilo jusqu'à un poids de 10 kilos qu'il est inutile de dépasser.

Pour juger de la *restitutio ad integrum* du quadriceps fémoral, on aura, tout d'abord, la connaissance du poids soulevé en position assise, puis la mensuration de la circonférence de la masse musculaire des quadriceps. Ce dernier procédé est d'un usage courant en clinique, il est cependant très approximatif, voire même très défectueux et un procédé récent sur lequel M. Thooris a appelé récemment l'attention et auquel il a donné le nom d'*échappement rotulien* nous paraît devoir lui être préféré.

Voici d'après l'auteur (1) en quoi il consiste : la jambe étant étendue et en résolution complète, si l'on saisit, sur un sujet sain, la rotule longitudinalement, le pouce au-dessus de la base et s'enfonçant dans le tendon du quadriceps, le médius au-dessous du sommet de la rotule et s'enfonçant dans le ligament rotulien, et qu'on vienne à donner l'ordre au sujet d'étendre brusquement la jambe en contractant énergiquement les extenseurs cruraux, même si l'on essaye de maintenir de force la rotule entre le médius et l'index, celle-ci échappe à la prise d'autant plus violemment que le quadriceps est plus vigoureux et obéit plus rapidement à la volonté du sujet.

C'est là l'échappement rotulien.

« Sur un sujet présentant alors une atrophie du quadriceps, à la suite d'un épanchement intra articulaire par exemple, vient-on à faire la même épreuve, ou bien, lentement, pendant un temps mesurable par le chronomètre, le sujet parviendra à donner à son tendon et à son ligament assez de consistance pour que le pouce et le médius ne puissent plus, à un moment donné, maintenir la saisie ; ou bien, il fera de vains efforts pour contracter son quadriceps. Entre l'impotence absolue, exprimée par ce fait que la rotule reste saisie, et l'échappement brusque qui indique l intégrité musculaire, il y a, ajoute l'auteur, une longue série de nuances intermédiaires ».

C'est à ce signe, facile à rechercher, très clinique et précis dans ses renseignements, que l'on s'adressera surtout pour estimer la valeur du quadriceps.

Tel est, rapidement résumé, le procédé que nous avons employé pour le traitement de 14 cas d'hémarthrose traumatique, et qui nous a donné d'excellents resultats puisque nos malades ont quitté l'hôpital au bout de 12 à 18 jours, ayant retrouvé l'intégrité de l'articulation et de leurs muscles. Nous serions tout disposé à essayer pour de nouveaux cas, et tout à fait récents, la méthode *ambulatoire*, parce que plus simple encore que la précédente, d'autant que faire marcher le blessé immédiatement après la ponction du genou n'est audacieux qu'en apparence ; mais encore faudra-t-il, dans de nombreux cas, compter avec la pusillanimité des sujets qui, consentant aux mouvements de poussée, hésiteront à se lever et à marcher. En tous cas, la méthode de mobilisation avec résistances progressives, après ponction, nous paraît avoir réalisé un progrès incontestable dans le traitement des hémarthroses du genou et nous ne saurions trop nous louer personnellement de son emploi.

(1) Thooris. — *Caducée*, 21 novmbre 1909.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La dépopulation.

C'est la question à l'ordre du jour ; tout le monde en parle, mais bien peu passent de la théorie à la pratique ! J'ai l'avantage d'avoir dans mes relations un des concierges les plus huppés du quartier, et vous savez quel rôle joue le concierge dans la vie du médecin. Je ne passe donc jamais devant sa loge-salon sans entamer un bout de causette, pour lui marquer toute mon estime et me concilier ses faveurs. Or l'autre jour il me parut visiblement soucieux ; c'était encore la question de la dépopulation. Car mon ami est un patriote, et voudrait voir la France toujours plus grande, sans que ça ne lui coûte rien, bien entendu. « Voyez-vous, me dit-il, c'est la faute à l'automobile. » Je marquai quelque étonnement, car il ajouta aussitôt : « Autrefois il n'y avait que les vraiment riches qui « se payaient chevaux et voitures ; aujourd'hui le moin- « dre petit bourgeois s'offre son double phaéton automo- « bile. Et alors, comme ça coûte cher, on restreint sur « toutes les dépenses du ménage et notamment sur les en- « fants ». J'admirai la sagesse de mon interlocuteur, et m'en allai tout songeur. Sans doute, il y avait du paradoxe dans tout ce que je venais d'entendre, mais aussi combien de vrai.

On propose de nombreux remèdes à la dépopulation, dont aucun ne sera efficace. Le mal réside dans cette tendance que nous avons tous, l'ouvrier comme le paysan, le bourgeois comme le millionnaire, à nous offrir le plus de bien-être, le plus de jouissances possibles dans la vie. C'est de l'égoïsme raisonné, c'est la rançon de notre civilisation de plus en plus raffinée. Que faire à cela ? Je ne sais trop, hélas ! Tout ce qu'il nous faut souhaiter pour le moment, jusqu'au jour où nous verrons que cet égoïsme étroit va à l'encontre du vrai-progrès, c'est que nos voisins subissent le plus vite possible la même influence émolliente du bien être momentané.

Et il semble heureusement qu'ils s'y mettent à leur tour, mais bien lentement. D'ici à ce qu'ils nous aient égalés sur la même voie, je crains qu'il ne s'écoule de longues années, pendant lesquelles nous aurons peut-être beaucoup à regretter notre amour du bien-être et du confort.

F. R.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement de la mastite puerpérale ;

Par le Dr Anselme SCHWARTZ,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Une femme jeune vient vous trouver, parce qu'elle souffre d'un sein. Elle a accouché depuis deux ou trois semaines. Elle a allaité son enfant jusqu'au moment où la succion du nourrisson est devenue douloureuse, impossible, à cause des multiples crevasses qui fissurent le mamelon. Elle a supprimé l'allaitement partiellement ou totalement pour nourrir son enfant avec un seul sein ou avec le biberon, ou encore pour le confier à une nourrice.

Mais, quelques jours après, ce sein est devenu lourd, gros, douloureux et tendu. En même temps que des phénomènes généraux plus ou moins accusés se sont montrés, une rougeur lymphangitique s'est dessinée sur la glande pour s'accentuer rapidement.

Telle est l'histoire classique de l'*abcès glandulaire du sein*, de la *galactophorite*.

Lorsque la malade vient vous trouver, la glande est parfois simplement tendue, « engorgée », avec une lymphangite plus ou moins accusée des téguments. Mais souvent aussi, malheureusement trop souvent, l'infection a fait son œuvre, un abcès s'est constitué, et rien n'est variable comme l'étendue de cette suppuration. Bien souvent une grande partie de la glande est détruite, tant est facile et rapide la suppuration dans cette glande en pleine activité.

Il faut avant tout essayer de *prévenir cette infection glandulaire*, en habituant la femme à des soins de propreté élémentaires, en lui conseillant de laver avec un peu d'eau bouillie le mamelon avant et après la tétée.

S'il y a des crevasses, au lieu de cesser l'allaitement il faut soigner ces crevasses et user pendant quelques jours d'un *tire-lait* qui permet leur guérison.

Si enfin, pour une raison majeure, on est obligé de supprimer l'allaitement chez une nourrice, il faut soigneusement comprimer les seins à l'aide d'un bandage de corps qui les soulève et les comprime fortement, mais par l'intermédiaire d'une épaisse couche d'ouate.

Si déjà le sein est tendu, engorgé, douloureux, mais qu'il n'y a nulle part d'abcès collecté, on peut encore éviter parfois la suppuration en pratiquant l'*expression de la glande*. Lentement, patiemment, car la manœuvre est douloureuse, on comprime la glande de la base vers le mamelon, recommençant la manœuvre sur ses différentes faces et chassant ainsi le *lait infecté* par le mamelon.

Cette expression sera faite deux fois par jour, et,dans l'intervalle, le sein sera enveloppé d'un pansement humide légèrement compressif.

Si enfin l'abcès est collecté, ce qui se voit par la présence de fluctuations, il faut, sans tarder, donner issue au pus, par l'incision.

Mais, au lieu de pratiquer les grandes incisions d'autrefois, on fera, avec des résultats rapides et parfaits dans la plupart des cas, une ou plutôt deux petites ouvertures assez grandes pour permettre l'introduction d'un drain à l'anesthésie locale. A partir de ce moment, on pratiquera tous les jours une ou deux fois *l'aspiration par la méthode de Bier*. Une cloche de verre spéciale portant à son sommet une ouverture sur laquelle s'adapte un tube da caoutchouc est appliquée par ses bords sur la périphérie de la glande.

Dans cette cloche on fait le vide avec un appareil quelconque : une seringue un peu grosse y suffira et la malade peut elle-même faire cette aspiration. Ainsi on vide la collection une ou deux fois par jour et dans l'intervalle on met un drain dans la ou les incisions, et on applique un pansement.

En quelques jours la cavité suppurante est tarie et l'abcès guéri, sans qu'on ait eu à endormir la malade et sans qu'on ait abîmé son sein par les grandes incisions autrefois nécessaires.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Des causes des métrorragies.

En dehors des métrorragies nettement justiciables d'affections inflammatoires aiguës de l'utérus et des annexes ou de néoformations bénignes ou malignes,il existe toute une catégorie d'hémorragies utérines dont la cause véritable nous échappe. Après les premiers examens histologiques, on avait pu penser pouvoir rattacher aux états dénommés vaguement métrites et endométrites chroniques un grand nombre de ces métrorragies. Mais des recherches nombreuses ont établi depuis que ni les lésions de la musculature ou du tissu conjonctif, ni les modifications de la muqueuse ou des vaisseaux ne suffisaient à les produire. C'est ainsi qu'Opitz (1) déclare avoir examiné bien des muqueuses utérines qui ne présentaient aucune dérivation du type histologique normal, quoiqu'elles fussent prélevées sur des utérus qui étaient le siège d'hémorragies abondantes. Par contre, il a constaté souvent que des modifications anatomiques de l'utérus qui réalisaient le tableau de l'endométrite glandulaire ou interstitielle très marquée ne s'accompagnaient d'aucune hémorragie.

Pour Opitz, comme pour Pankow, l'épaississement du corps utérin, la métrite, ou l'épaississement de la muqueuse, l'endométrite. sont des états anatomiques qui peuvent être accompagnés d'hémorragies profuses, maic qui ne les provoquent pas. Et il en faut chercher la cause en dehors de la matrice.

***

On a pensé tout naturellement à incriminer l'ovaire, qui préside aux fonctions menstruelles, d'être à l'origine de ces hémorragies.

La fréquence toute spéciale des états hémorragiques au moment de la puberté et surtout de la ménopause fournit certainement une base solide à cette hypothèse, que défend Pankow (2).

Les ovaires examinés par lui et d'autres, dans des cas où l'hystérectomie à été le seul remède à ces hémorragies, ne lui ont pas montré d'altérations histologiques capables de les expliquer. Aussi, invoque-t-il, pour leur production, des troubles de la fonction secrétoire interne de l'ovaire.

Les insuccès presque constants fournis par l'opothérapie ovarienne permettraient de penser que ces troubles se traduisent plutôt par une hypersécrétion que par une insuffisance glandulaire. Mais des observations que rapporte Opitz et où des périodes prolongées d'aménorrhée ont alterné avec des métrorragies si abondantes qu'elles ont nécessité l'hystérectomie semblent démontrer que cette conception est trop simpliste et que les phénomènes sont plus complexes. Et il est plus séduisant d'admettre, avec Pankow, que les hémorragies utérines ne reconnaissent pas uniquement pour cause des troubles de la fonction ovarienne, mais des perturbations dans l'équilibre physiologique normal qui existerait entre toutes les glandes vasculaires sanguines.

La puberté et la ménopause représentent les influences modificatrices les plus puissantes de cet état d'équilibre auquel concourent les fonctions de l'hypophyse, du corps thyroïde, des capsules surrénales et de l'ovaire ; ces glandes régularisent la pression sanguine par des mécanismes antagonistes, hypertenseurs et hypotenseurs.

(1) Opitz.— *Munch. Med. Woch.*, n° 1, 1910.
(2) Pankow. — *Munch. Med. Woch.*, n° 52. 1909.

Si, sous quelque forte influence, cet équilibre est troublé au profit d'une hypersécrétion de l'ovaire, on pourrait voir se produire des hémorragies plus abondantes et plus fréquentes. Si, au contraire, une suractivité d'autres glandes arrive à s'exercer, la fonction ovarienne pourrait être inhibée ; on verrait se produire l'aménorrhée et se développer le syndrome de la chlorose.

Si ces vues sont exactes, elles permettraient d'espérer qu'un très grand nombre de métrorragies seront un jour justiciables d'une opothérapie très délicate et pour laquelle les indications précises manquent encore.

La contagiosité de la vaccine.

La vaccine, maladie contagieuse, voilà, certes, une notion qui ne s'impose pas à l'esprit, tant il est rare en pratique d'observer des contagions vaccinales.

Cependant les observations nombreuses qu'a rassemblées Géronne (1) tendent à démontrer que de telles contagions sont bien plus fréquentes qu'on ne le pense. En dehors des faits de vaccine généralisée par auto-inoculation, il insiste sur la fréquence des accidents oculaires qui frappent les mères ou les nourrices des enfants vaccinés et n'ont que trop souvent pour résultat une kératite parenchymateuse profonde, lorsque les accidents ne se limitent pas à des pustules sur les paupières et les conjonctives.

Mais l'intérêt du travail de Géronne est qu'il nous signale une vingtaine de cas de contagion de vaccine chez des enfants atteints d'eczéma souvent très léger. Ces enfants non encore vaccinés ont pris la vaccine de frères plus âgés et ont présenté une vaccine généralisée d'emblée des plus graves. Six de ces enfants sont morts, ce qui élève la mortalité à une proportion considérable. Chez l'un d'eux, la vaccine a évolué avec l'allure d'une variole confluente s'accompagnant d'adénopathies multiples, avec augmentation de volume du foie et de la rate. Chez un autre, la mort est survenue au bout de 24 jours, après les manifestations d'une septicémie généralisée.

***

Géronne attribue la gravité toute spéciale de ces vaccinations au fait que la lymphe vaccinale de l'homme est plus virulente pour l'homme que celle de la génisse, que la quantité de lymphe inoculée est plus considérable et que les érosions de la peau chez ces enfants eczémateux ont favorisé le passage rapide du virus dans la voie sanguine.

Il conclut qu'il faudrait se résoudre à ne pas vacciner les personnes en contact avec des enfants eczémateux.

Si de telles personnes sont, malgré tout, vaccinées, il faut avoir le plus grand soin de recouvrir les points d'inoculation avec un pansement occlusif.

Il émet le vœu que ce pansement occlusif devienne obligatoire et réalise ainsi la prophylaxie à peu près certaine de la contagion vaccinale.

Enfin il insiste encore sur la nécessité qu'il y aurait à prévenir le public des dangers de la contagion de la vaccine; il est certain qu'il en ignore, à l'heure présente, jusqu'à la possibilité. G. Lœser.

(1) *Berliner Klin. Woch.*, n° 4, 1910.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février 1910.

Aérothermothérapie dans la gangrène. — M. ***Dieulafoy*** conclut, de deux observations personnelles, qu'en stérilisant les tissus sphacélés par de fréquentes douches d'air, appliquées aux températures voulues, (200, 300, 400, 500, 600 degrés), on arrive à rendre la gangrène inoffensive, on s'oppose aux infections secondaires, on prévient les lymphangites infectieuses et les résorptions toxiques ; en un mot, on transforme la partie sphacélée en un tissu momifié sans danger pour l'économie et on donne ainsi au chirurgien tout le temps de choisir son moment, dans le cas où une opération est jugée nécessaire.

« Ces considérations peuvent s'appliquer à toutes les gangrènes, qu'il s'agisse de gangrène dite sénile, de gangrène dite diabétique ou de toute autre ».

Hémoglobinurie paroxystique « a frigore » du cheval. — M. A. ***Lucet.***

Contamination des viandes et intoxication alimentaire. — M. ***Martel.***

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. (*Suite de la discussion*). — M. ***Thoinot*** insiste pour qu'on ne perde pas de vue, dans le débat présent, l'origine hydrique de la fièvre typhoïde.

Il convient que l'Académie inscrive en tête de ses conclusions prophylactiques la guerre contre l'eau impure. Alors que l'eau souillée fait 90 victimes, toutes les autres causes réunies en font à peine 10.

La notion des porteurs de bacilles, qui a dominé tout le débat, est capitale en matière étiologique, mais il faut bien reconnaître que la lutte au point de vue pratique contre ces porteurs est extrêmement délicate.

M. ***Delorme*** pense comme M. Thoinot qu'il ne faut point perdre de vue l'origine hydrique habituelle de la fièvre typhoïde. Ce n'est pas au moment où des progrès sont réalisés dans les modes d'épuration des eaux, où des travaux sont poursuivis par les municipalités pour l'adduction d'eaux potables qu'il convient de distraire l'attention des individus et des pouvoirs publics au profit d'une prophylaxie accessoire.

L'auteur conclut en demandant le vote de ses conclusions :

1° Les grandes épidémies typhoïdes sont d'origine hydrique ;

2° Ce sont surtout les villes du Midi qui chargent les tables de mortalité ;

3° Il y a lieu d'inviter les pouvoirs publics à les forcer à purifier leurs eaux et à assainir leurs sols. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 février 1910.

A propos du procès-verbal, M. ***Tessier*** et M. ***Caussade*** rapportent des observations d'hydarthrose périodique sans aucun symptôme d'insuffisance thyroïdienne.

M. ***Labbé***, à propos de la communication de M. Ramond, fait observer que plusieurs organes viciés dans leurs fonctions peuvent être en cause. Comme M. Ramond, il a observé plusieurs cas de diabète maigre, pancréatique, sans aucune lésion pancréatique.

Ce qui est certain, c'est que l'extirpation du pancréas chez le chien donne un diabète semblable au diabète humain. M. Ramond a peut-être été trop loin dans l'extirpation du pancréas et le trop peu de survie des animaux n'a pas permis l'établissement d'un diabète. Il faut de plus se rappeler que les animaux en expérience doivent être nourris copieusement pour que la glycosurie s'installe.

D'autre part, si la glycosurie est moins prononcée au début qu'après un certain temps après l'extirpation, ceci n'a rien d'anormal, puisque cela se voit en pathologie humaine, où, au début de certaines affections, la fonction glycorégulatrice n'est pas encore lésée.

Origine périphériphérique de certains cas de tuberculose pulmonaire. — MM. *Courmont* et *Lesieur* rapportent les conclusions de leurs expériences : la pénétration très facile du bacille tuberculeux par une muqueuse saine et la peau en apparence saine ou légèrement lésée. Dans la majorité des cas, il n'y a aucune lésion cutanée et au bout de quelque temps il y a adénite tuberculeuse et localisation pulmonaire. Dans une atmosphère bacillifère, un cobaye se tuberculise aussi facilement par pénétration périphérique que par inhalation. En somme, l'entrée périphérique du bacille de Koch est certaine.

Cette pénétration doit se faire surtout chez l'enfant par les muqueuses buccale, labiale, nasale, oculaire, et l'apport du bacille est fourni par les mouches. Les lésions lymphatiques périphériques plus anciennes que les lésions pulmonaires sont la preuve de cette pénétration périphérique.

M. *Barbier* n'est pas d'accord avec cette théorie, car pour lui, d'après ses autopsies, à côté des lésions lymphatiques, il y a toujours une lésion pulmonaire caséeuse ou fibreuse plus ancienne et qui peut passer inaperçue.

Pathogénie du traitement métallique dans le pneumothorax. — MM. *Trémolière* et *Debove*, en passant en revue les théories pathogéniques du tintement métallique (depuis Laënnec à nos jours), n'ont trouvé suffisante aucune et mettent en avant une nouvelle théorie : d'après eux, le tintement traduit le bruit de flot produit par les mouvements respiratoires dans une cavité pleurale limitée par des adhérences et formant caisse de résonnance.

M. *Galliard* ne voudrait pas voir rejeter la théorie de Shoda, d'après laquelle les râles pulmonaires suffiraient à produire ce tintement.

M. *Vaquez*, à propos du pneumothorax et les râles incriminés, a observé des pneumothorax artificiels où il n'existait aucun signe autre que la succussion et même celle-ci peut manquer quelquefois. M. *Béclère* a fait les mêmes constatations, et ce n'est que la radioscopie, qui a permis de déceler le pneumothorax.

Action des rayons X chez un diabétique splénomégalique avec leucémie lymphatique. — M. *Béclère* a obtenu chez ce malade, après plusieurs séances une diminution de la rate, telle qu'après avoir atteint presque le pubis, elle ne présente plus actuellement que les dimensions normales.

La glycosurie n'a été influencée en aucune façon, à l'encontre des observations rapportées par M. Ménétrier. Le foie non plus n'a pas été influencé.

M. *Chauffard* demande à M. Béclère si le foie a augmenté de volume parallèlement à la diminution du volume de la rate comme il l'a constaté et comme cela s'observe dans les splénomégalies paludiques.

M. *Ménétrier* maintient l'exactitude de ses observations et fait remarquer que le malade de M. Béclère n'a peut-être pas été examiné à ce point de vue dès le début du traitement radiothérapique.

FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février 1910.

Polype du maxillaire supérieur. — M. *Michaux*. — J'ai recueilli récemment un exemple de polype fibreux vasculaire périostique du maxillaire supérieur. Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans. Le début remontait à une dizaine d'années. Les dents étaient toutes cariées. Ce sont là des tumeurs peu fréquentes et en général, les tumeurs fibreuses du maxillaire se développent dans les sinus. Elles apparaissent chez des sujets jeunes, donnent naissance à des névralgies, et s'accompagnent de déformation de la face et de crépitation parcheminée. M. Berger a fait à la Société un rapport sur ces tumeurs en 1885.

Périrectite sténosante opérée et guérie. — M. *Hartmann* présente un rapport sur une observation de M. Abadie (d'Oran), concernant une femme de 49 ans qui, à 21 ans, à la suite d'une chute sur la région, présenta un abcès péri-anal. Cet abcès fut suivi de plusieurs autres et de fistules nombreuses. En 1908, il existait une fistule recto-vaginale et des signes très nets de sténose rectale avec altération grave de l'état général : au toucher on trouvait, immédiatement au-dessus de l'ampoule rectale, un rétrécissement très serré. M. Abadie fit d'abord un anus iliaque.

Puis, quand l'état de la malade se fut amélioré, il enleva par la voie sacrée toute la gangue scléreuse périrectale et réséqua le rectum libéré depuis le cul-de-sac péritonéal jusqu'à 2 cm. de l'anus. Il sutura ensuite le bout inférieur de l'S iliaque, préalablement mobilisé, à l'anus.

Un an après il a fermé l'anus iliaque. Les matières reprirent leur cours normal et la malade est actuellement guérie. L'anus est contractile mais pas tout à fait continent.

Inutilité de la thermocautérisation systématique du moignon cervical dans l'hystérectomie subtotale. — M. *Bégouin* (de Bordeaux). — On considère, en général, comme indispensable la cautérisation du moignon utérin à la suite de l'hystérectomie subtotale. C'est là une pratique, à mon avis, inutile et qui n'est pas sans présenter quelques inconvénients. Elle détermine, en effet, une escarre dont l'élimination peut s'accompagner d'une élévation de température, d'une légère suppuration et d'un peu de cellulite pelvienne.

Cette thermocautérisation est, d'autre part, inutile, car, dans le cas de fibrome tout au moins, la muqueuse vaginale, est rarement infectée et d'ailleurs la suture du moignon bien faite suffirait à empêcher la contamination de la cavité pelvienne. J'ai fait plus de 100 fois cette opération sans cautérisation et je n'ai pas vu un seul cas d'infection d'origine cervicale.

MM. *Ricard, Faure, Hartmann et Potherat* soutiennent la même opinion.

Les greffes chirurgicales. — M. *Tuffier*. — J'ai fait de nombreuses tentatives de greffes qui m'ont donné les résultats généraux suivants :

J'ai toujours utilisé des greffes empruntées soit au sujet lui-même, soit à un autre individu. En deux cas cependant, j'ai tenté des greffes d'animal à homme : peau de grenouille et de poulet dans un cas de brûlure étendue du thorax, fragment de thyroïde de chien greffé dans la thyroïde d'un sujet myxœdémateux. Ces deux cas ont donné un insuccès complet.

J'ai tenté une fois avec succès, chez un hypospade, la reconstitution d'une partie de l'urèthre par la méthode de Nové-Josserand (cylindre de peau roulé sur une sonde). Un procédé analogue m'a permis de refaire un vagin chez une jeune femme qui en était dépourvue et deux ans après j'ai constaté chez cette femme un canal perméable par où s'écoulaient périodiquement les règles.

Deux cas de greffes ostéo-cartilagineuses à la suite de résection m'ont également donné des résultats satisfaisants.

Dans un cas d'ostéomyélite du tibia, j'ai comblé la cavité creusée à l'aide de tissu cellulo-adipeux emprunté à la fesse, suivant la méthode de Chaput et le résultat a été bon.

Enfin, tout récemment, j'ai tenté de remplacer une portion d'urèthre rétréci par un fragment de veine saphène. L'opération a réussi, sauf persistance d'une fistulette à l'union des deux tissus.

Quant aux greffes ovariennes, j'ai renoncé aux greffes intra-abdominales et n'emploie plus que les greffes sous-cutanées.

Dans celles-ci les ovaires conservés à la glacière même pendant 8 à 10 jours m'ont donné les mêmes résultats que les ovaires frais.

M. *Delbet*. — J'ai tenté 4 fois, dans des cas de myxœdème, des greffes de corps thyroïde dans la partie supérieure du tibia : le résultat a été nul.

De même, j'ai fait des greffes de tissus osseux et cartilagineux, lesquelles se sont résorbées ; le fait qu'elles ne s'éliminent point ne prouve pas qu'elles ne se résorbent pas.

Je fais aussi quelques restrictions sur la vitalité des tissus conservés en glacière. Sur des artères ainsi conservées, j'ai pu constater que l'endothélium et les tuniques musculaires avaient disparu ; seul subsistait le tissu élastique.

Au cours de la séance M. *Michon* a été nommé *membre titulaire* de la Société.

Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 février 1910.

Discussion sur les injections intra-articulaires dans les tumeurs blanches. — M. ***Judet*** injecte des liquides variés dans les cavités articulaires (éther iodoformé, naphtol camphré, iode ioduré). Il analyse 13 observations de tumeurs blanches, dont plusieurs fistuleuses, traitées par cette méthode avec guérison plus rapide que par la simple immobilisation. Dans un seul cas (tumeur blanche du poignet fistuleuse chez un adulte), il dut recourir à la résection après échec du traitement conservateur pendant un an.

M. ***Arnould*** insiste sur la *fonte* des fongosités, c'est-à-dire leur digestion par un ferment protéolytique (étudié par Laurence) sécrété par les leucocytes sous l'influence du liquide modificateur quel qu'il soit. Il préconise, comme liquide d'injection, l'huile goménolée à 20 ou 40 % ou même le goménol pur. Du reste, la technique sera toujours la même quel que soit le liquide injecté : provoquer la réaction inflammatoire, c'est-à-dire créer un *abcès chaud* et aspirer, puis laisser refroidir en comprimant et recommencer tant que l'on sent encore des fongosités.

M. Arnould rejette systématiquement les injections sclérogènes extraarticulaires et les lavages de l'articulation.

M. ***Brochin*** traite les arthrites fongueuses par la thermocautérisation profonde et les pointes de feu superficielles sous chloroforme suivies d'immobilisation dans un appareil ouaté compressif silicaté.

Abcès du foie consécutif à une cholécystite. — M. Ravanier fait un rapport sur une observation de M. ***Lop*** (de Marseille). Il s'agissait d'un abcès du foie consécutif à une cholécystite calculeuse purulente probablement d'origine puerpérale. M. Lop fit une cholécystotomie et retira 5 volumineux calculs. Guérison sans fistule biliaire.

Un cas de guérison de tétanos. — M. ***Lop*** a observé un cas de tétanos développé à la suite d'un écrasement de la main qu'il traita par des injections biquotidiennes d'acide phénique (méthode de Baccelli). Guérison 18 jours après le début des accidents (Rapport de M. Ravanier).

M. ***Ozenne*** fait remarquer que cette guérison ne prouve pas d'une façon péremptoire la valeur de la méthode de Baccelli puisque, dans ce cas, d'autres médications avaient été employées concurremment avec les injections phéniquées.

MM. ***Delaunay***, ***Monnier***, ***Lance***, ***d'Abécourt***, ***Lœury***, discutent la valeur curative, préventive et le mode d'action du sérum antitétanique.

Présentations. — M. ***Péraire*** présente une malade à laquelle il a *réséqué la tête humérale*, il y a 7 ans, pour une *tumeur blanche de l'épaule droite* fistuleuse et avec ankylose complète. Cette malade a recouvré tous les mouvements articulaires.

M. ***Bonamy*** montre un pied et une jambe complètement momifiés par artérite oblitérante. Une amputation spontanée s'étant produite au lieu d'élection, un simple trait de scie sur le tibia suffit pour compléter l'amputation. Bonamy rappelle, à ce propos, le succès qu'il a été le premier à obtenir dans les gangrènes par l'air surchauffé et fait remarquer qu'en somme, ce traitement agit comme cherche à faire spontanément la nature.

M. ***Leuret*** montre une volumineuse tumeur rétropéritonéale qui était située au contact du rein droit, adhérente à la veine cave et à l'aorte, ayant soulevé l'uretère qui pasasit en avant. M. ***Le Bec*** a enlevé cette tumeur avec difficulté, La malade est morte le 13e jour probablement par gangrène du côlon.

M. ***Delaunay*** présente un fibrome pur de l'ovaire.

M. Paul ***Delbet*** montre un appendice kystique. Huguier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du 19 février 1910.

On procède tout d'abord à l'élection de 10 membres nouveaux ; puis M. le Dr ***Kolbé*** expose, avec démonstration sur le mannequin, la technique de l'entéroscopie pour le diagnostic des affections du gros intestin.

M. le Dr ***Mabille*** (de Reims) parle des avantages sociaux et professionnels de la chirurgie à domicile, expliquant la technique qu'il emploie et l'organisation dont il se sert, avec un plein succès.

A propos du traitement chirurgical des varices, le Dr Mabille cite des observations typiques de cures radicales (résection des saphènes et des perforantes) qui ont rendu à des ouvriers infirmes une capacité fonctionnelle normale.

M. le Dr ***Le Filliâtre*** décrit les avantages de la rachicocaïnisation dans les interventions sur les voies urinaires, alors que les organes d'élimination (foie et reins) fonctionnant mal, l'emploi du chloroforme est souvent dangereux.

M. le Dr ***Barlerin*** présente un appareil pratique pour inhalations médicamenteuses.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 février 1910.

A propos du traitement abortif de la syphilis. — M. ***Hallopeau*** insiste sur l'action abortive des injections locales *d'Hectine* dans la syphiles. Les injections doivent être faites dans le chancre et dans son territoire lymphatique ; c'est là qu'il faut introduire l'Hectine, médicament qui donne des résultats curatifs là où le mercure a échoué, ainsi qu'en témoignent les observations de MM. Balzer, Milian, Fouquet et les siennes, M. Hallopeau croit même que ce traitement peut être employé chez des sujets ayant couru des risques de contamination.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de neurologie oculaire ; par F. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté et A. Cantonnet, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu (Masson et Cie, éditeurs).

Dès ses premières incursions dans le domaine de la neuropathologie, l'étudiant se rend compte de l'importance considérable de l'examen des yeux.

Pas d'étude complète d'une affection nerveuse, et souvent pas de diagnostic sans un examen soigneux et bien fait de la vision.

Et cela n'a rien d'étonnant, si l'on veut bien se rappeler l'importance de l'appareil visuel dans l'ensemble du système nerveux :

Les voies optiques qui vont de l'œil au cuneus, du front à l'occiput, traversant l'encéphale dans toute sa longueur de telle sorte qu'une lésion un peu volumineuse dans la boîte cranienne ou dans le cerveau ne peut guère exister sans les atteindre ;

Les nerfs optiques, analogues aux cordons blancs de la moelle, et qui ne sont en réalité que la partie antérieure des voies optiques, des expansions, des prolongements extra-craniens du névraxe lui-même ;

Les trois paires nerveuses oculo-motrices commandant aux seize muscles moteurs des globes, des paupières, de l'iris et de l'accommodation ; et toute la série des centres chargés de régler les mouvements oculaires si variés, si complexes, mais en même temps si fragiles, que la plus légère atteinte, inaperçue dans une autre partie du système nerveux, rompt du coup leur équilibre et se manifeste immédiatement par des troubles très accusés, en particulier par la diplopie ;

Enfin l'appareil nerveux sensitif, tout aussi complexe et tout aussi important au point de vue séméiologique, ainsi que le prouvent certaines affections, comme le zona ophtalmique et la kératite neuro-paralytique.

Par la complexité de son appareil nerveux, par sa fragilité, par sa susceptibilité dans un grand nombre de maladies, par la facilité et la précision avec lesquelles on peut l'explorer, l'appareil oculaire doit être, de tous les appareils nerveux, le mieux connu du neurologiste. C'est là, dans les yeux, qu'il trouvera bien souvent les éléments indispensables pour établir ou affermir un diagnostic.

D'ailleurs, l'étudiant qui débute dans l'étude de la neurologie est vite convaincu de la nécessité d'acquérir des connaissances

sérieuses en ophtalmologie, mais souvent il trouve avec difficulté les moyens d'y parvenir.

L'éducation ophtalmologique des médecins et des neurologistes ne semble pas avoir préoccupé ceux qui dans le passé eurent la charge d'enseigner l'ophtalmologie. En tout cas, jusqu'ici, cet enseignement spécial n'existait guère ou n'existait pas. C'est au Pr de Lapersonne que nous devons les premières tentatives pour l'organiser.

Avec une activité rare et une exacte compréhension des intérêts du médecin, il a organisé à la clinique de l'Hôtel-Dieu toute une série de conférences dont le but est d'apprendre aux médecins ce qu'ils ont besoin de savoir en ophtalmologie.

Aujourd'hui, il fait mieux encore. Avec l'aide de son chef de clinique, le Dr Cantonnet, il a condensé l'enseignement qu'il donne à l'Hôtel-Dieu en un manuel de neurologie oculaire, dans lequel l'étudiant et le médecin peuvent trouver tout ce dont ils ont besoin pour un examen complet et utile de l'œil.

Une grande place est donnée, comme il convient, à l'anatomie et physiologie de l'appareil nerveux oculaire, qui sont les bases indispensables aux chapitres de pathologie qui suivent ; l'examen clinique de l'appareil moteur. sensitif et sensoriel est largement traité, avec un exposé soigneux des méthodes spéciales d'examen de l'œil ; viennent ensuite une description des symptômes auxquels donnent lieu les lésions diverses du système nerveux oculaire, et une étude séméiologique.

Enfin, l'ouvrage se termine très utilement par une revue des manifestations oculaires dans les diverses maladies nerveuses ou autres. J'ajoute qu'un index très bien fait rend faciles les recherches d'une question donnée de neuro-pathologie.

Cet ouvrage est le résultat d'une patiente élaboration ; on y retrouve, planant sur l'ensemble, le grand sens clinique du maître, et, disséminé un peu partout, l'esprit ingénieux de son élève. A. Poulard.

La tuberculose pulmonaire. (Bibliothèque de la tuberculose.) Directeurs : professeurs Chantemesse, Poncet, Collet. Secrétaire général : Piéry. (Octave. Doin, éditeur.)

Il semble que tout ait été dit et bien dit sur la tuberculose pulmonaire. A la liste des bons ouvrages publiés sur ce sujet, le Dr Piéry vient d'en ajouter un qui est excellent. Tous ceux qui s'occupent de phtisiologie trouveront, à le lire, grand plaisir et profit. Aux plus difficiles en matière scientifique, il offre une documentation d'une rare richesse et alimentée aux meilleures sources ; pour les médecins plus soucieux de pratique, il sera un guide et un secours non moins sûr par la façon lumineuse dont sont présentées et traitées les multiples questions soulevées à chaque heure du jour par le tuberculeux. Qu'on en juge plutôt par une brève analyse. Le livre Ier traite des *troubles fonctionnels* de la tuberculose pulmonaire ; nous recommandons spécialement le chapitre consacré à la valeur sémiologique de l'hémoptysie.

Les *troubles généraux* font l'objet du livre II. Une grande place y est réservée à l'étude des réactions thermiques et à celle des troubles digestifs. L'examen du sang, l'état du cœur et de la circulation, les troubles du système nerveux. l'examen des urines, etc., y sont successivement présentés avec un égal souci de la documentation et de la clinique. Avec le livre III, nous abordons l'étude des *signes physiques*. Tout serait à citer dans cette revue extrêmement minutieuse et complète ; alors qu'il serait si facile d'être monotone au cours d'un pareil exposé, l'intérêt ne languit pas un seul instant. L'esprit fin et précis de l'auteur s'y révèle à chaque page, non moins que son sens critique très aigu. C'est un des meilleurs chapitres de physiologie pratique qui aient été imprimés jusqu'à ce jour et c'est un fil conducteur très précieux pour le clinicien aux prises avec les difficultés journalières du cas concret.

Les livres IV et V traitent des *formes cliniques* de la tuberculose pulmonaire. Aux classifications anciennes, le Dr Piéry substitue une classification personnelle, très voisine de celle de Bard : c'est de la clinique très sûre, très fouillée et très attrayante. Elève distingué du prof. Poncet, l'auteur était des plus qualifiés pour parfaire nos connaissances sur la « famille tuberculeuse ». Certains pourront penser que cette « famille » est trop envahissante : tel ne peut être l'avis de ceux qui observent, dans certains milieux spéciaux, les ravages à brève et longue échéance de la tuberculose.

Les derniers livres sont consacrés au *diagnostic* et au *pronostic*. Praticiens et hommes de laboratoire y pourront puiser à pleines mains.

Malgré sa documentation rare, ce bel ouvrage demeure infiniment clair et limpide, tant dans les détails que dans l'ensemble. Le style en est sobre et précis ; l'auteur, qui a produit sur les questions relatives à la tuberculose des travaux remarqués, émet sur divers points des opinions très personnelles, mais la nouveauté des aperçus est toujours tempérée par la saine clinique et l'observation.

De nombreuses planches et figures viennent illustrer un texte très artistique.

La *tuberculose pulmonaire* du Dr Piéry est mieux qu'un excellent ouvrage : c'est une œuvre. Dr Lafforgue.

Guide clinique et thérapeutique du praticien, par le Dr Palasne de Champeaux, médecin-major de 1re classe de la marine, ex-chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon. (1 vol. cartonné de 335 pages, chez Baillière et fils, Paris.)

L'auteur publie un remarquable guide, qui forme par la précision, la clarté, la méthode, la digne suite de la *Sémiologie médicale* du même auteur. Il s'agit d'un vrai et sûr guide du praticien, qui trouvera, par ordre alphabétique, tous les moyens de se tirer d'affaire, lui, mais surtout le malade, dans tous les cas de la pratique quotidienne. Prenons un exemple : anévrisme de l'aorte : *signes fonctionnels, signes physiques, pronostic, traitement*. Et tout est à l'avenant, suivant l'importance des questions. Ce guide est à recommander à tous les médecins, c'est un vade-mecum qui les remettra de suite à la hauteur de tous les cas les plus imprévus. C.

Précis de l'art de formuler ; par Lyonnet et Boulud (1 vol. de la *Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine*, collection Testut, chez O. Doin et fils, Paris 1910.)

Bon formulaire, très simplement et clairement présenté, mis au courant des modifications apportées par le nouveau Codex, dans l'art de formuler. L'étudiant trouvera comme conseils à propos de la rédaction d'une ordonnance : importance de la prescription, avoir du papier convenable et se mettre commodément pour écrire, écrire lisiblement, suivre l'orthographe du Codex, bien écrire les doses, dater la prescription, signer lisiblement, relire la prescription, etc.

Le praticien y puisera un bon memorandum pharmacologique ainsi que des recettes simples, rangées d'après les formes pharmaceutiques.

Apotheka, Agenda-Annuaire des pharmaciens de France pour 1910, par A. Battegay, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume grand in-8 de 392 pages cartonné toile : 3 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Cet agenda rendra de grands services aux pharmaciens. La première partie contient les communications intéressantes faites à la Société de pharmacie de Paris, à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences et l'étude des médicaments nouveaux.

Suivent les chapitres de renseignements universitaires et médicaux. Dans ce dernier on trouvera la marche à suivre pour les analyses d'urine, de laits, etc. ; les incompatibilités médicamenteuses, l'étude des prescriptions du nouveau Codex, qu'il est impossible de réaliser à la lettre, les formules des préparations de l'hôpital Saint-Louis et de l'Institut Pasteur (sérothérapie), les premiers soins aux blessés, asphyxiés, empoisonnés, aliénés.

Dans les *Renseignements juridiques* se trouvent condensé tout ce que le pharmacien doit savoir de droit : l'inspection des pharmacies, les expertises, les lois sur les fraudes, l'hygiène, etc.

Le pharmacien, qui, à la fin de la journée, calcule *grosso modo* sa recette et en inscrit le total sur son registre, est bien peu renseigné au bout de l'année sur la marche de ses affaires. Constituée, à la fois, par la vente de produits conditionnés, de spécialités, de préparations officinales ou magistrales, d'accessoires, d'eaux minérales, elle (cette recette) produit un bénéfice différent pour chacune de ces opérations.

Grâce aux tableaux de *Comptabilité pharmaceutique* renfermés dans l'Agenda-Annuaire des pharmaciens, ceux-ci pourront se rendre *compte immédiatement* de la nature des recettes et aussi des dépenses qu'ils auront effectuées dans la journée, dans le mois et dans l'année.

Enfin l'Agenda se termine *par le répertoire des pharmaciens de France*, dressés par départements, par ordre alphabétique de villes, et non par cantons, comme dans les autres annuaires médicaux, et les recherches sont ainsi rendues bien plus faciles.

Guide pratique de Puériculture, par le Docteur Delearde, 1 vol. in-16 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise. 4 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Ce petit livre renferme deux parties, dont la première expose les notions de puériculture, et la seconde un plan de campagne contre la mortalité infantile.

Les lecteurs y trouveront les renseignements actuellement épars dans un grand nombre d'ouvrages, et qui, condensés en un seul volume, leur seront d'une réelle utilité dans la pratique courante.

L'ouvrage comprend : un chapitre de thérapeutique de l'affection la plus fréquente dans le jeune âge, la gastro entérite aiguë, qui permet de faire reconnaître les ressources qu'offrent aux médecins les différents laits modifiés ou diastasés, dont l'emploi tend à se répandre de plus en plus, et qui sont encore trop ignorés.

La protection de l'enfant avant et après sa naissance forme l'objet de la seconde partie.

Enfin, les sages-femmes, qui sont souvent appelées à donner des conseils pour l'élevage des enfants, pourront y puiser des indications utiles qui leur permettront d'éviter de grosses fautes.

Pour ces différentes raisons, cet ouvrage rendra de grands services à ceux qui le consulteront ; il est une sorte de *vade-mecum* en matière de puériculture.

Assistance publique de Paris.

Concours de laryngologiste des hôpitaux.—*Epreuve écrite.* Questions posées : *Anatomie des muscles du pharynx (sans physiologie). Rétrécissements cicatriciels du larynx.* — Lecture. — *Jeudi 17 février* : MM. Laurens 26, Hautant 29, Gibert 24.

Vendredi 18 février : MM. Lemaitre 28, Grivot 28.

Epreuve clinique spéciale. — *Lundi 21 février* : MM. Lemaitre 18, Grivot 18.

Concours de l'internat en médecine.— *Lecture* (fin). *Pathologie.* — *Mercredi 16 février* : MM. Génil-Perrin 9, Cassard 7, Bobrie 4, Alary 8, Pierret 10, Le Maux 6, Guelfucci 4, Pernet 11, Larue 7, Béraud 4, Renaud (Jean) 5.

Anatomie. — *Jeudi 17 février* : MM. Monod (Raoul) 8, Jacquemin (Alfred) 4, Gauchery 12, Nadal 11, Porak 11, Mlle Landelsmann 4, MM. Vilbort 12, Bardon 8, Besset 9, Richard (G.-H.) 9.

Vendredi 18 février : MM. Beloux 11, Turquety 13, Rouffignac 7, Parlitch 2, Maurer 12, Rouillard 11, Petit (Henri) 13, Kemhadjian 7, Plaisant 9.

Lundi 21 février : MM. Colombe 8, Lévy (Isaac) 6, Mlles Blanchie 6, Pouzin 4, MM. François 10, Petit-Dutaillis 3, Couinaud 12, Latil 9, Mlle Condoit 13.

Mardi 22 février : MM. Paris 12, Heuyer 10, Duval 9, Trifaud 10, Legrain 7, Donzelot 9.

Nouvelles de province.

Amiens. — Un congé, du 1er janvier au 30 décembre 1910, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bernard, professeur de clinique médicale.

M. Courtellemont, suppléant des chaires de pathologie et de cliniques médicales, est chargé, en outre, du 1er janvier au 30 décembre 1910 (durée du congé accordé à M. Bernard), d'un cours de clinique médicale.

Angers. — M. Vinsonneau, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie.

Tours. — M. Lapeyre, docteur en médecine, ancien suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé, à partir du 1er février, 1910, professeur de pathologie externe.

Bordeaux. — *Concours de médecin-adjoint des hôpitaux.* — L'épreuve écrite a eu lieu mardi 7 décembre ; elle a eu pour sujet : *Causes, signes, diagnostic et traitement des péricardites avec épanchement.*

Les concurrents sont MM. Bahans, Denis, Galtier, Lande, Petges et Quintrie.

Marseille. — M. le docteur Treille, chargé de cours, est nommé professeur de la chaire de clinique des maladies exotiques nouvellement créée.

Dijon. — *Ecole réorganisée de médecine et de pharmacie. Concours pour l'emploi de chef des travaux de physiologie.* — Conformément à l'arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique en date du 14 octobre 1909, un concours s'ouvrira le 16 *mai* 1910 devant l'Ecole réorganisée de Médecine et de Pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à la dite Ecole.

Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est français ou naturalisé français, docteur en médecins, et âgé de vingt-cinq ans accomplis.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 15 avril 1910 au secrétariat de l'Ecole de médecine, et déposer entre les mains du secrétaire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur en médecine ; 3° une note portant l'indication de leurs titres ; 4° un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

La durée des fonctions du chef des travaux de physiologie est fixée à neuf années ; il peut être maintenu dans ses fonctions à l'expiration de cette période, si les besoins du service l'exigent. Ses appointements sont fixés à 1.000 francs par an.

M. Deroye, professeur de clinique médicale, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 26 janvier 1910.

Vienne. — Le bureau de la *Société de médecine de la Vienne* est ainsi composé pour 1910 : Président, M. R. Morichau-Beauchamp ; vice-président, M. P. Barnsby ; secrétaire, M. J. Gallet ; trésorier, M. Descubes.

Nouvelles de l'Etranger.

Berlin. — Le 6e Congrès de la Société allemande des Rayons Röntgen aura lieu le dimanche 3 *avril* 1910, à 9 heures du matin, à Langenbeckhause. Les rapports et démontrations doivent être envoyées au plus tôt, et au plus tard le 5 *mars* 1910, au secrétaire de la Société, le Dr Immelmann, Lützowstrasse, n° 72, à Berlin W. 35

A l'hôpital Virchow, le personnel se plaint toujours de la nourriture. Une infirmière blâmée pour avoir goûté au gigot destiné à un malade se serait suicidée.

Munich. — Ont été nommés professeurs extraordinaires, les privat-docenten : Alzheimer, (psychiatrie), Gebele (chirurgie), Kattwinkel (neurologie), Kerschensteiner (médecine interne), Lindemann (médecine interne), Neumayer (histologie), Salzer (ophtalmologie), Wanner (otiatrie).

Erlangen. — Le privat-docent Merkel (anatomie pathologique) a reçu le titre et le rang de professeur.

Iéna. — Vient à cette faculté le professeur d'obstétrique et de gynécologie Kenkel, de l'Université de Greifswald.

Würzburg. — Le privat-docent Polano a reçu le titre et le rang de professeur extraordinaire.

Dublin. — Le Dr Collingraud a été nommé professeur de physiologie et d'histologie à l'Université catholique.

Cork. — Le Dr Fitzgerald a été nommé professeur d'anatomie à Queens College.

Prague. — Le privat-docent Wilhelm Wiechowski a été nommé prof. extraordinaire de Pharmacologie.

Halle. — Le privat-docent Alexander Stieder a été nommé professeur titulaire de chirurgie.

Messine. — Le Dr Viola a été nommé professeur extraordinaire de médecine interne.

Bruxelles.— Le Dr Cocq a été nommé professeur d'obstétrique.

Charkow.— Le privat docent Krimberg a été nommé profeseur extraordinaire de chimie médicale.

Chicago.—Le prof. adjoint Wells a été nommé professeur d'anatomie pathologique.

Baltimore.— Le prof. adjoint Dr Shipley a été nommé prof. de thérapeutique et de pathologie externe à l'Université de Maryland.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphiligraphie

De la syphilis de l'œsophage ;

(*Etude œsophagoscopique*).

Par les Drs GUISEZ et ABRAND.

L'œsophagoscopie a apporté un élément nouveau dans la question de la syphilis de l'œsophage.

La littérature de cette affection est presque tout entière contenue dans les travaux de West, de Follin, de Potain, de Fournier dans une clinique de Béhier, dans les écrits de von Hacker et de Rosenheim, et, malgré cette assez longue liste d'auteurs, les observations ne foisonnent pas, les observations de syphilis authentiques et confirmées du moins, car dans un nombre assez grand de cas, on a pu soupçonner la syphilis, mais sans arriver à la certitude du diagnostic. Avec les 19 observations de Jullien en 1884, celles de Mauriac en 1890 et celles du Pr Fournier, on arrive à un total de 50 observations et encore la nature syphilitique de *beaucoup de celles-ci nous semble contestable*, les signes cliniques ou physiques sur lesquels elles sont basées étant insuffisants pour en faire sans conteste de la syphilis œsophagienne. Les observations *avec examen œsophagoscopique* sont, on le conçoit, assez rares à cause du peu de temps que cette méthode est entrée dans la pratique. Elles existent néanmoins et suffisantes pour que nous puissions écrire ce chapitre sur d'autres bases que des probabilités cliniques ou des constatations nécropsiques.

Le *chancre* n'a jamais été vu, n'a jamais été rencontré à l'autopsie et c'est assez compréhensible quand on sait les conditions qui président à l'inoculation syphilitique.

Trouvées par Séverinus à l'autopsie, les *syphilides secondaires* ont été vues à l'œsophagoscope et diagnostiquées par Stark.

Il s'agissait d'une femme de 27 ans atteinte de dysphagie progressivement croissante, pour les solides d'abord, puis pour les liquides. Douleur derrière le sternum à la déglutition sans localisation précise. Pas de vomissements, mais un arrêt absolu des aliments ; la sonde passe bien.

Exanthème syphilitique.

Œsophagoscopie assez facile. Le calibre est partout normal, mais à 22 cm. on trouve une zone de 2 cm. de long sur un cm. de large, blanchâtre, sur une muqueuse pâle dont la couleur va rejoindre alentour le rouge normal de l'organe. Cela ressemble absolument aux manifestations syphilitiques des amygdales et la cure syphilitique fit tout disparaître, plaque et dysphagie.

Ce cas paraît incontestable et suffit à faire supposer que les plaques muqueuses de l'œsophage existent, mais ne sont pas diagnostiquées.

Tout d'abord les *manifestations tertiaires* sont moins rares. En voici une observation œsophagoscopique due à Gottstein :

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui fut pris d'une dysphagie légère subite un jour de Noël. Une accentuation rapide survint et au début de février, seuls les liquides passaient encore. Le malade était enroué et cette aphonie était due à une paralysie de la corde vocale gauche, avec immobilisation de l'aryténoïde correspondant. La sonde rencontre un obstacle à 16 cm. des dents. Pourtant, toutes les sondes passent et le malade, qui souffre vivement à chaque déglutition, ne peut prendre aucun aliment.

Le 13 février, 1re *œsophagoscopie*. — La lumière est presque complètement obstruée, et une partie ulcérée se trouve à gauche et en avant à 16 cm.

20 février, 2e *œsophagoscopie*. — En exerçant une pression assez forte on réussit à faire passer le tube. Au-dessous de la région rétrécie, à une distance de 18 cm., la muqueuse est tout à fait normale ; mais en retirant le tube, on arrive sur la tuméfaction et on voit une tumeur très lisse, couverte de muqueuse et qui porte une ulcération de la taille d'une pièce de 5 pfennings à peu près. L'ulcère est en forme de fer à cheval, comme enlevé à l'emporte-pièce et présente au fond une surface blanchâtre lardacée. Le tout siège en avant et à gauche.

On institue un traitement ioduré intensif.

3 mars, 3e *œsophagoscopie*. A la place où se trouvait la tumeur, il n'y a plus qu'une muqueuse légèrement œdémateuse, très pâle. Il n'y a plus d'ulcère. Pas de sang en tamponnant. On peut facilement franchir le point sténosé.

L'amélioration se poursuit, suivie de guérison : et deux ans après, le malade demeurait parfaitement guéri.

Nous ne pouvons résister à la tentation de mettre en parallèle l'observation suivante ;

Un homme de 50 ans, jardinier, se présente à l'hôpital de Dijon, où l'un de nous était interne alors, avec des signes d'obstruction de l'œsophage ayant toute les allures d'une obstruction épithéliomateuse ; la cachexie est avancée déjà et comme il nie avoir eu la syphilis, on ne songe pas à faire un autre diagnostic. Il est du reste dans un état grave et avant qu'aucune décision ait été prise il meurt.

A l'autopsie, à 10 cm environ du cardia, on trouve dans la paroi de l'œsophage, faisant saillie dans la lumière de l'organe, qui était de ce fait complètement aplatie et comprimée, une masse arrondie, blanchâtre à la coupe, recouverte d'une muqueuse rouge et présentant tous les caractères d'une gomme syphilitique. Rien aux autres organes.

N'est-ce pas frappant de voir deux observations cliniquement presque semblables, mais terminées l'une par la guérison, l'autre par la mort parce que le diagnostic d'épithélioma n'ayant pas paru douteux, on n'avait rien fait avant l'entrée à l'hôpital ? Nul doute qu'un examen œsophagoscopique n'eût, s'il avait été possible à cette époque, déjà éloignée de plus de 10 ans, amené à essayer tout au moins un traitement ioduré.

Les lésions tertiaires, du reste, n'évoluent pas toujours de façon à rendre la dysphagie complète et parfois le ramollissement s'opère et est suivi de cicatrisation. Mais alors un nouveau danger se présente : la *cicatrice* et la rétraction qui l'accompagne, nouvelle cause de sténose, et permanente celle-là, si l'on n'intervient pas.

L'observation suivante, due à Neumann, prouve à la fois la réalité de ce genre de lésions et leur gravité.

Malade de 35 ans, soigné depuis 2 ans à la clinique de Neumann pour une syphilis maligne. Infecté en 1888 et soigné activement depuis. En 1889, lésions syphilitiques ulcéreuses de la face qui nécessitent 20 injections sous-cutanées de sublimé. En 1893, gommes ramollies de la peau, de la lèvre inférieure, du nez et de la région vertébrale qui cèdent à des bains sublimés suivant la méthode de Zittmann.

A ce moment, apparaît aussi une infiltration tuberculeuse des 2 sommets ; albuminurie avec cylindres hyalins ; lésions laryngées qui, par suite d'une sténose trachéale consécutive, aboutirent à une trachéotomie.

En septembre 1894, survient de la dysphagie pour les solides qui même très mastiqués restaient un moment arrêtés au gosier, et même pour les liquides.

22 octobre 1894, *œsophagoscopie* (Prof. von Hacker). Très difficile ; pharynx bordé de cicatrices. Orifice œsophagien rejeté à gauche. On doit employer un tube de petit calibre. Muqueuse rouge, gonflée et vascularisée dans la région cervicale. A gauche, muqueuse ramollie, bleue, mais non entamée.

✦

9 novembre. Amélioration sensible. Sur la paroi antérieure, petite région granuleuse légèrement saignante (ulcéreuse en somme). Œsophage presque normal, rose-rouge. La région blême ne peut pourtant pas sûrement être qualifiée cicatrice.

Le malade devint cachectique et mourut en décembre de diarrhées profuses avec phénomènes délirants L'autopsie, qui put être faite, montra les 5 lésions suivantes : Syphilis avec cicatrices multiples de la peau du pharynx et du larynx. A la partie postérieure du larynx épaississement muqueux cicatriciel qui s'étend dans le sinus de Morgagni et aux bandes vocales ; des 2 côtés de cette cicatrice, devant les plis aryténo-épiglottiques épaississement en bourrelets de la muqueuse. Dans l'œsophage, sous le cricoïde, pli semicirculaire de muqueuse dure, de 3 mm. de haut sur 2 cm 1/2 qui peut être formé par la crispation cicatricielle et par le glissemeut de cette muqueuse.

Voici une autre observation qui est personnelle à l'un de nous (Dr Guisez) :

Rétrécissement scléro-cicatriciel du 1/3 supérieur de l'œsophage — chez syphilitique — d'origine syphilitique.

Un malade âgé de 52 ans nous est adressé par le Dr Mauclaire en mars 1908, en vue d'un examen œsophagoscopique. Ce malade a été gastrostomisé 5 mois auparavant pour des troubles de la déglutition à forme grave, avec sténose absolue. L'on crut tout d'abord à un cancer de l'œsophage puis, étant donné le bon état général du malade qui persiste depuis qu'il peut s'alimenter par sa bouche stomacale, le diagnostic de cancer semble problématique. L'opération de gastrostomie a été faite le 24

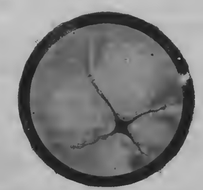


Fig. I. — Sténose syphilitique de l'œsophage (1/3 moyen).

décembre dernier à l'Hôpital Dubois, par le Dr Mauclaire. Les troubles dysphagiques avaient commencé huit mois auparavant et avaient eu une marche manifestement progressive, pour les solides, les choses demi-molles, puis enfin les liquides. Au moment de l'opération, ceux-ci ne passaient qu'à grand'peine. Pas de douleurs. Salivation abondante, visqueuse. Pas d'hématémèses.

Examen œsophagoscopique, en avril 1908, nous fait voir tout de suite au-dessous de la bouche œsophagienne une large poche contenant mucus et salive. Au fond de cette poche, à 6 cm. de l'origine de l'œsophage, nous constatons nettement une sorte de cicatrice (v. figure 1) dure, blanche, serrée, laissant un tout petit pertuis excentrique. Il nous est impossible de faire le cathétérisme avec une bougie malgré des essais répétés et malgré la vision bien nette du reliquat d'orifice. Le pourtour du rétrécissement a une consistance fibreuse très dure. Il s'agit là d'une cicatrice serrée de l'œsophage sans trace d'infiltration cancéreuse. Du reste, le malade existe encore maintenant, 22 mois après le 1er examen ; il ne peut donc s'agir de cancer.

Il semble, au contraire, qu'il s'agisse de rétrécissement syphilitique. Ce diagnostic s'appuie sur ce fait que le malade est syphilitique ancien, qu'il présente sur la paroi postérieure du pharynx une cicatrice syphilitique, et qu'il n'y a aucune autre cause, dans cette région de l'œsophage, de rétrécissement cicatriciel spontané. Les sténoses dus à un ulcère sont au 1/3 inférieur, au voisinage du cardia, ainsi qu'il nous a été donné d'en observer quatre cas (1).

Il resterait à parler, pour être complet, de la *syphilis congénitale*. On a admis qu'elle existe dans l'œsophage (Billard et Reynier), mais les observations nous manquent malheureusement.

Pour fixer les idées, réunissons en quelques propositions ce qu'il faut retenir de la syphilis œsophagienne.

Elle est certainement rare, quoi qu'en dise Chevalier-Jackson, puisque sur près de 600 observations d'examen œsophagoscopique nous n'en avons observé que deux cas et le Dr Fournier 4 fois sur 5.000 accidents tertiaires; et si nous pouvons admettre avec Ch. Jackson que les lésions syphilitiques sont plus fréquentes qu'on ne croit, nous ne lisons pas sans un certain étonnement les trois lignes qu'il consacre aux cicatrices syphilitiques et où il prétend avoir vu nombre de cicatrices de cette origine (seen a number of cicatricial stenoses from this cause) et nous regrettons qu'il ne cite aucune observation détaillée (2).

Nous n'en sommes plus heureusement aujourd'hui aux difficultés qui signalaient ce diagnostic il y a seulement 10 ans, alors que la première étape à parcourir était d'éliminer les dysphagies aryténoïdiennes basses situées, vestibulaires, trachéales. Nous avons dans l'endoscopie une ressource précieuse, indispensable même ; qu'on en juge par l'observation suivante :

Un malade de l'hôpital Tenon, vu en mars 1909, présente, depuis un an et demi, des troubles de la déglutition, de la gêne à avaler les aliments liquides et solides, avec vomissements et régurgitation. Le malade a beaucoup maigri ; aussi pense-t-on, étant donnés ses antécédents, à de la *syphilis œsophagienne tertiaire*.

Le *cathéter* est arrêté invariablement au *niveau du cardia* par un obstacle qui semble être organique, tant la résistance à la sonde qui explore est grande et semble consistante.

Devant ces symptômes et devant la dénutrition, l'amaigrissement qui en résulte, un chirurgien propose une gastrostomie qui est acceptée. Au moment de l'opération, il semble au chirurgien que l'estomac est difficilement attiré en avant, le cardia lui paraît épaissi et, dans son esprit, il s'agit, à n'en pas douter, d'une tumeur syphilitique du cardia.

Mais l'œsophagoscopie pratiquée quinze jours après nous fait constater du spasme à l'entrée de l'œsophage, une poche de dilatation, puis de nouveau un spasme au cardia. Après cocaïnisation, le cardia s'entr'ouvre et laisse descendre le tube dans l'estomac. Il n'y a aucune lésion de la muqueuse, seulement un bourrelet sphinctérien de contracture.

Il s'agit donc, dans ce cas, de spasme du cardia et il est regrettable que l'œsophagoscopie n'ait pas été faite avant la gastrostomie, elle eût épargné à ce malade une opération inutile.

Potain disait : « Ce qui est propre aux rétrécissements « syphilitiques, c'est l'absence des caractères des rétré- « cissements d'autre nature. C'est par exclusion, par éli- « mination, et par le fait de l'existence concomitante ou « antérieure de la syphilis qu'on arrive à poser les bases « du diagnostic. » Cette proposition est encore vraie quel-

(1) Communication à la Société médicale des Hôpitaux, mai 1909 ; 4 cas de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage dus à un ulcère rond : Société médicale des Hôp.

(2) Ch. Jackson. — Tracheo bronchoscopy and œsophagoscopy. Sédowis (The laryngoscope company 1907).

quefois mais nous pouvons maintenant, grâce à l'œsophagoscope, voir la lésion, en discuter la forme, l'étendue, la résistance, la mobilité, la coloration, et de plus en plus rarement le diagnoctic sera douteux, surtout avec la ressource de la *biopsie*, très souvent possible, et la constatation des spirochètes.

Nous sommes à même de reconnaître la gomme, lésion curable, et de donner le traitement mercuriel intensif qui pourra guérir le malade, ou si la cicatrice est déjà établie, nous avons le moyen de la dilater sans danger.

Ordinairement c'est *la dysphagie* qui attire l'attention et amène à pratiquer un examen. Celle-ci est, si, nous en jugeons par les observations rapportées plus haut, assez souvent douloureuse et si ce signe n'a rien de pathognomonique, il mérite pourtant l'attention. Il faut savoir du reste qu'il existe une *forme absolument latente* et qui ne présente aucun signe précis ; et une forme dans laquelle le rétrécissement existe seul sans symptômes douloureux.

Si le diagnostic n'est pas difficile à la période secondaire à l'aide de l'œsophagoscope, malgré celui-ci, il reste assez délicat à la période tertiaire ; pourtant nous pouvons dire qu'une tuméfaction lisse, dure, rouge, ne saignant pas facilement, qu'une ulcération à fond lardacé, régulière, coupée à l'emporte-pièce, devront faire pencher l'esprit du côté de la syphilis, surtout, bien entendu, si des antécédents d'infection luétique ont été découverts. Le traitement spécifique se charge du reste de confirmer l'hypothèse.

Si l'on se trouve en présence d'un syphilome diffus, le diagnostic le plus difficile à écarter sera celui de *tuberculome diffus*, semblable à cette forme que nous avons décrite (1). On rencontre en effet dans l'œsophage des sortes de rétrécissements scléreux qui obstruent la lumière de l'œsophage. La paroi œsophagienne est épaissie, lardacée et au point de vue macroscopique elle ressemble tout à fait au syphilome œsophagien. Schrotter dans le cas qu'il a publié pensait à une syphilis de l'œsophage. Le traitement lui-même pourra devenir trompeur et l'évolution ultérieure seule donnera la clef.

On ne peut pas au point de vue du diagnostic étiologique tabler absolument sur le *siège des lésions*. Si elles ont été souvent décrites à l'entrée de l'œsophage, c'est qu'on explore plus facilement cette région et surtout parce que la dysphagie est constante dans le cas de lésion haut située ; mais, outre le motif rationnel qui nous laisse supposer un envahissement possible de toutes les régions de l'organe, nous pouvons citer à l'appui une observation de Virchow (érosion syphilitique hémorrhagique à la partie inférieure de l'œsophage (1850), une de West (1860), rétrécissement avec bandes et brides à la moitié inférieure de l'œsophage et dilatation au-dessus), celle de Liouville (1874) comportant des parois indurées, épaissies et sclérosées à la partie moyenne, etc... Malgré cela, il semble que la syphilis ait été plus souvent constatée dans le 1/3 supérieur de l'œsophage et les lésions de cette région devront toujours mettre l'esprit en garde contre la méconnaissance de cette maladie.

A ce propos, peut-être pourrait-on diviser les lésions œsophagiennes en deux catégories : 1° les supérieures, formes *pharyngo-œsophagiennes*, propagation probable de lésions pharyngées à l'œsophage, formes secondaires par conséquent pour ainsi dire : ce sont de beaucoup les plus fréquentes ; 2° une seconde catégorie renfermant les *formes plus positivement primitives* et par conséquent localisées n'importe où dans l'organe sans affecter plus spécialement le tiers supérieur.

Malgré tous les éléments de diagnostic recueillis, le problème restera donc irrésolu. Tel est le cas du malade de notre observation et de celui de Gottstein dont notre figure reproduit l'image œsophagoscopique.

Ce malade croyait s'être contaminé en buvant au verre d'un ami sûrement infecté de syphilis un an avant. La dysphagie survint suivie d'un amaigrissement considérable. Les sondes s'arrêtaient à 19 cm. et ne passaient qu'avec pression ; à l'endoscope on voyait la lumière rejetée à droite et en arrière, en forme de fente, par une tuméfaction sans ulcération placée sous la muqueuse légèrement mobile sur la tumeur. La pression fait difficilement saigner ; on diagnostique gomme, mais rien ne permet d'éliminer avec sécurité une sténose par compression.

L'iodure améliore notablement. Mais, 10 mois plus tard, la sténose s'accentue. Elle s'améliore brusquement par l'évacuation d'une quantité assez notable de pus en mai. Le malade ne fut pas suivi et la mort survint en septembre.

L'œsophagoscope reste la seule ressource du diagnostic, les caractères de la gomme ou de l'ulcération étant tout à fait typiques. En cas de doute, l'examen histologique



Fig. 2. — Gomme de l'œsophage (la lumière est rejetée à droite et en arrière).

qui permet d'éliminer le cancer ou la tuberculose, reste ici la seule base possible d'un *traitement rationnel*, traitement spécifique d'abord, puis traitement dirigé soit contre la douleur au début, soit contre la sténose à une époque reculée, après la cicatrisation.

Si la syphilis amène quelquefois inéluctablement des troubles mortels, l'œsophage, comme les autres organes, peut être pris d'une façon plus bénigne ; la dilatation précoce s'imposera alors, ainsi que toutes les méthodes de traitement que nous avons décrites au sujet des rétrécissements cicatriciels. Il va sans dire que le traitement spécifique doit être employé, mais il risque d'être sans effet à une époque où seules des cicatrices persistent. Il est permis d'espérer aujourd'hui, grâce à la méthode endoscopique, qu'on en sera de moins en moins réduit à la gastrostomie, comme dut le faire Andrew Clark en 1896.

Le traitement des sténoses ne nous paraît plus guère possible sans l'endoscope œsophagien et, nous l'avons dit ailleurs, nous le considérons comme inefficace ou dangereux sans lui.

L'électrolyse circulaire en cas de sténose cicatricielle est toujours suivie des meilleurs résultats. En plusieurs séances, à l'aide de bougies électrolytiques de plus en plus grosses, on ramène graduellement le calibre de l'œsophage au voisinage de la normale.

(1) Voir Guisez et Abrand, tuberculose de l'œsophage, article de la *Revue de chirurgie*, paru en mars 1909.

Chirurgie

Occlusion intestinale par bride. Péritonite sans perforation. Laparotomie. Guérison ;

Par le Dr René LEFORT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille,
Chirurgien des hôpitaux de Lille.

Une observation intéressante de M. Guibal (de Béziers) et un rapport sur cette observation présenté à la Société de chirurgie le 15 décembre dernier par M. Tuffier viennent de rappeler l'attention sur ces faits assez étranges de péritonites d'origine intestinale développées en l'absence de toute solution de continuité viscérale.

Sans doute, les travaux anciens de Clado et de Bonneken, les recherches de Klecki, d'Adam et Février, de Bosc et Blanc, etc., nous ont appris que l'infection du péritoine peut parfaitement avoir lieu alors que l'intestin n'est ni gangréné ni rompu. Tavel et Lanz ont même décrit des péritonites chimiques sans microbes, produites par le passage des toxines seules dans le péritoine; il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas, les microbes de l'intestin ne passent dans le péritoine que par une fissure, et que la péritonite sans perforation ni gangrène reste rare et un peu obscure dans son mécanisme.

« L'hypothèse la plus plausible, qui cadre le mieux avec la clinique et avec l'expérimentation, dit M. Tuffier, accuse la distension intestinale d'avoir rendu la paroi perméable aux microbes. Mais, ajoute-t-il, la distension seule sans troubles vasculaires s'accorde mal avec ce processus pathologique, car les occlusions intestinales s'accompagnent de distensions extrêmes sans péritonite, et si l'intestin étranglé dans une hernie laisse passer les microbes, c'est qu'à la distension simple se surajoutent des troubles vasculaires concomitants ».

C'est un fait de péritonite sans perforation au cours d'une occlusion intestinale que j'ai eu récemment l'occasion d'observer.

Mme C..., 27 ans, mécanicienne, n'a jamais été malade. Elle a eu un enfant à terme, il y a 4 ans ; l'accouchement a été normal, les suites ont été bonnes.

Le 12 avril 1909, elle commence une crise d'appendicite. Les douleurs abdominales vont en augmentant d'intensité jusqu'au 14. Sensibilité vive à la palpation vers la fosse iliaque avec défense musculaire et résistance profonde, douleur au point de Mac Burney.

Langue sèche ; pas de vomissements, état général médiocre.

En somme, crise assez légère et banale d'appendicite. Sous l'influence du traitement médical classique, la convalescence a lieu en moins de trois semaines.

Au début de mai, la malade marche un peu dans sa maison.

Le 5 mai, alors qu'elle était guérie de sa crise, réapparaissent des douleurs, d'abord dans une cuisse, puis bientôt dans le ventre. Les douleurs sont diffuses et non localisées vers la fosse iliaque et le point de Mac Burney, comme la première fois. Le ventre est partout très sensible à la palpation.

On remet de la glace sur le ventre.

L'état général s'altère rapidement, la langue se sèche.

Le 7, il n'y a pas de selles, la malade a quelques vomissements.

Le 8, la situation s'aggrave beaucoup. Il n'y a eu ni selles ni gaz depuis la veille. Les vomissements, verdâtres au dire de la malade, continuent.

A l'inspection, on devine sous la paroi, autour de l'ombilic, quelques anses dilatées. Le ventre est peu ballonné, mais douloureux, et la douleur est diffuse. Il y a de la défense musculaire.

La langue est sèche, les dents fuligineuses ; les yeux sont cernés et excavés, l'état général est mauvais. Le pouls petit, dépressible et filant, est très irrégulier et présente une intermittence toutes les trois pulsations environ.

M. le Dr Sockeel et M. le Dr Verhaeghe, à qui je dois la communication des notes ci-dessus, font le diagnostic d'occlusion de l'intestin grêle avec phénomènes de réaction péritonéale et demandent l'intervention d'un chirurgien.

Je vois la malade le 8 à 3 heures, ne puis que confirmer le diagnostic et l'opère à 5 heures avec l'aide de ces deux distingués confrères.

Toilette à la teinture d'iode. Anesthésie chloroformique. Laparotomie médiane. Dès l'ouverture du péritoine, du liquide louche, pas très odorant, s'écoule hors du ventre. Les anses grêles sont ballonnées et rouges, complètement libres dans le liquide peu abondant. Elles sont plus rouges et plus dilatées vers l'angle colique ; la main glissée de ce côté trouve de suite une bride assez épaisse sur laquelle l'iléon est coudé. Cette bride remonte vers la rate et s'étend, à l'autre extrémité, vers la paroi abdominale latérale. Elle est assez facilement rompue avec la main. Les anses fixées en ce point reprennent leur liberté, les gaz circulent librement des parties dilatées et rouges dans les parties affaissées et plus grises qu'on voit se dilater à leur tour.

On place de gros drains de divers côtés, ce qui permet de constater l'étendue de la péritonite, véritablement généralisée. L'intervention totale, fermeture de la paroi à trois plans comprise, a duré 17 minutes.

Les suites furent simples. Rétablissement rapide du cours des gaz, puis des matières, etc.

Les drains sont enlevés du 12e au 15e jour.

Revue le 3 août, la malade est parfaitement guérie. La guérison se maintient complète en janvier 1910.

Il est assez légitime d'admettre que, chez cette malade, la distension de l'intestin en amont de l'obstacle et aussi les troubles vasculaires liés à la compression inévitable du mésentère par la bride, sur laquelle était coudé l'intestin, ont été la raison suffisante de la perméabilité de l'anse aux microbes intestinaux. Le fait n'a rien d'étrange, si l'on veut bien se rendre compte que les conditions sont à peu près identiques à celles que présente une grosse hernie étranglée par un collet large.

L'examen de l'abdomen, il faut bien l'avouer, a été, de parti pris et pour le plus grand bien de la malade, rapide et incomplet, mais des lésions perforantes de l'intestin auraient difficilement passé inaperçues au moment de la mise en place des drains. L'appendicite et les organes génitaux ne peuvent pas être incriminés ; le maximum des lésions siégeait nettement du côté de la bride ancienne, cause d'occlusion, et le bassin et la fosse iliaque droite, régions les plus éloignées de la bride, étaient celles où la péritonite avait le moins d'intensité. Jamais non plus le pus ou la sérosité du péritoine n'ont présenté l'odeur spéciale des péritonites par perforation. Il est regrettable qu'ils n'aient pas été cultivés, c'est une des lacunes de cette courte observation.



BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

La terreur du microbe dans le public.

La frayeur des suites de l'inondation, répandue un moment dans le public par la presse extra-médicale, a eu pour résultat de mettre une fois de plus en évidence les aberrations que peut apporter la vulgarisation des idées scientifiques dans des cerveaux mal préparés à les comprendre.

L'étonnement du public est général de ne pas voir surgir les épidémies qu'il attendait, sans savoir qu'il ne suffit pas du voisinage d'un microbe pour les provoquer, et qu'il faut le plus souvent que des conditions de moindre résistance ou de misère physiologique antérieure aient préparé un terrain favorable ; il ignore qu'elles n'apparaissent le plus souvent qu'après des périodes de fatigues et de privations qui ne sont guère trouvées réalisées maintenant, et que réalisent seuls les grands froids, les longues famines, les agglomérations humaines privées d'air et de soleil.

Mais le public ne s'avoue pas vaincu. Il annonce pour les premières chaleurs l'arrivée de la peste (car il ne saurait dire au juste quel est le mal qu'il redoute) ; il déclare que les légumes de la banlieue parisienne, actuellement encore à l'état de germe, gardent précieusement le dépôt qu'ils ont reçu et recèlent les microbes qui le tueront à coup sûr lorsqu'il les consommera l'été prochain.

Et il est bien inutile d'essayer de le renseigner sur le peu de vitalité des germes que les inondations ont pu déposer et sur l'action bienfaisante de la stérilisation du soleil, le plus sûr des antiseptiques. Il continuera de fuir Paris et le Bois, persuadé que les miasmes ont pour longtemps empoisonné les pelouses de Bagatelle et les abords de Longchamps.

Du reste, les idées que professe maintenant la foule sur l'étiologie et la contagiosité des maladies microbiennes sont tout aussi inexactes et exagérées que celle qu'elle a exposée sur les conséquences des inondations.

Et pour remédier à un mal, l'insouciance de toute prophylaxie, on en a évidemment créé un autre que l'on pourrait classer à côté de la sinistrose et peut-être dénommer la « contagiose ».

Il suffit maintenant au public de savoir qu'une maladie est contagieuse pour fuir tout l'entourage du malade avec une terreur folle, qu'il s'agisse de tuberculose, de typhoïde ou de scarlatine. Il craint la transmission à distance, par l'air, par le voisin qui a pu approcher d'un parent du malade, assimilant le microbe au fluide de la télégraphie sans fil.

C'est probablement en vertu de cette conception métaphysique de la contagion qu'il se dispense ensuite de se laver les mains, lorsqu'il a véritablement touché un malade.

Cette terreur serait plus amusante que dangereuse si elle ne courait le risque de frapper par contre-coup le médecin qui l'a créée et qu'on incrimine déjà — est-ce toujours à tort — d'apporter les complications usuelles qui surgissent au cours d'une maladie, diphtérie, coqueluche compliquée de scarlatine ou de rougeole par exemple. Il finira par exiger des spécialistes de chaque infection qui lui garantissent n'approcher que des typhiques, des scarlatineux ou des rubéoliques, comme cela est réalisé maintenant dans nombre de nos hôpitaux.

A moins qu'il ne récuse ces spécialistes dans la crainte qu'ils ne lui apportent des germes plus virulents que ceux qu'il héberge déjà.

Mais vraiment, peut-on lui en vouloir, à ce pauvre public, de ses terreurs irraisonnées et de son affolement, lorsque l'on voit la science actuelle démolir les notions qu'on croyait acquises. Elle vient nier la contagiosité des squames de la scarlatine et nous apporter des observations comme celle que relatait dernièrement un journal allemand et où l'origine de la fièvre typhoïde répandue dans 3 corps d'armée était rapportée à une cantinière qui épluchait des pommes de terre, après avoir eu la fièvre typhoïde, 35 années auparavant ! G. LŒSER.

UROLOGIE CLINIQUE

—

Recherche et dosage du glucose dans l'urine. Sucres urinaires et autres substances pouvant modifier les résultats (1) ;

Par M. DEVAL
Préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons indiqué les quatre procédés classiques pour la recherche du glucose dans l'urine. Aucun d'eux n'est spécifique. La réduction d'une liqueur cupro-alcaline — l'activité optique — la formation de glucosephénylosazone — la fermentation alcoolique — ne permettent d'affirmer la présence de glucose dans une liqueur que dans le cas où deux au moins de ces réactions donnent des résultats rigoureusement concordants.

Les causes d'erreur sont de différentes origines. La composition de l'urine est complexe et variable à chaque instant, sous les influences les plus diverses : alimentation, médications, maladies. Les éléments contenus dans l'urine et possédant des réactions communes avec le glucose peuvent être eux-mêmes d'origine alimentaire, médicamenteuse, pathologique. Ces éléments sont, au point de vue chimique, placés parmi les sucres ou s'en éloignent plus ou moins. Pour identifier ces substances, il existe de nombreuses réactions autres que celles indiquées précédemment : oxydation par le brome ou l'acide azotique, éthers benzoïques, nitriles, combinaisons hydraziniques diverses, réactions colorées avec les phénols, etc.

Il est cependant possible de ne mettre en œuvre pour la diagnose d'un sucre urinaire que les quatre réactions fondamentales. Une seule réaction est toujours insuffisante.

C'est ainsi que la réduction de la liqueur cupro-alcaline s'effectue également bien avec le glucose, le lévulose, le lactose, les pentoses, l'acide glycuronique, certains conjugués glycuroniques et l'alcaptone.

De même, la lumière polarisée est déviée à droite par le glucose, le saccharose, le lactose, les pentoses, l'acide glycuronique libre. Les substances lévogyres, telles que le lévulose, les conjugués glycuroniques, l'acide β oxybutyrique, quand elles existent seules dans l'urine, ne peuvent pas prêter à confusion ; quand elles s'y trouvent

(1) Etude des méthodes basées sur les propriétés réductrices, l'activité optique, la formation d'osazones et la fermentation dans les numéros du 16 janvier, 1er mai, et 13 novembre 1909 du *Progrès Médical*.

en même temps que des produits dextrogyres, elles sont une cause d'erreur évidente.

Enfin l'osazone du glucose est identique à celle du lévulose et à celle fournie par le produit de l'hydrolyse du saccharose.

La fermentation alcoolique a lieu avec la levure de bière pour le glucose, le lévulose. le saccharose.

Par contre, l'emploi de deux réactions dans la recherche et le dosage permettra de résoudre le problème. Si par exemple l'urine déféquée est réductrice et dextrogyre, elle peut contenir du glucose, du lactose, des pentoses, de l'acide glycuronique libre. Les deux premiers de ces corps sont de beaucoup les plus fréquents, mais dans aucun cas le dosage par réduction ne concordera avec le dosage optique. Cette discordance ayant éveillé l'attention, le calcul permettra de déterminer le sucre urinaire en se basant uniquement sur les résultats fournis par les deux dosages. Dans le cas où l'étude précédente est complétée par la préparation de l'osazone, aucun doute ne subsistera, chaque osazone étant aisément identifiée. Il ne sera nécessaire de recourir à la fermentation que dans le cas d'un mélange complexe, pour éliminer soit les sucres réducteurs fermentescibles (glucose, lévulose), soit le saccharose.

Nous ne croyons pas utile de passer en revue les différentes associations que l'on peut rencontrer dans l'urine. Théoriquement, elles sont variables à l'infini ; en réalité, elles sont peu fréquentes, et l'urine ne contient généralement en quantité intéressante au point de vue clinique qu'une seule substance sucrée ou voisine des sucres par ses propriétés,

Nous énumérerons donc simplement les différents sucres urinaires en indiquant leurs caractères spécifiques ; nous y ajouterons quelques corps voisins par certaines réactions et pouvant constituer une source d'erreur.

Glucose

1. *Réduit la liqueur cupro-alcaline.*

Nous supposerons cette liqueur titrée à 0.05 pour 10 cmc. (20 cmc. dans le cas des solutions séparées).

2. *dextrogyre* $\alpha_D = + 52°74$

3. *Phénylosazone* presque insoluble dans l'eau bouillante, insoluble à froid dans l'eau-acétone à parties égales.

4. *Fermente* avec la levure de bière et le mucor circinelloïdes.

Lévulose

1. *Réduit la liqueur cupro-alcaline.*

1 gramme de glucose réduit le même volume de réactif que 1 *gr.* 08 de lévulose.

2. *lévogyre* $\alpha_D = - [101°38 - 0{,}56\ t + 0{,}108\ (p - 10)]$

à la température de 20°, la formule se réduit à

$$\alpha_D = - [89{,}1 + 0{,}108\ p]$$

3. *Phénylosazone* identique à celle du glucose.

4. *Fermente* comme le glucose.

Saccharose

1. *Ne réduit pas la liqueur cupro-alcaline.*

2. *dextrogyre* $\alpha_D = + 66°5$

3. Ne donne *pas de phénylosazone.*

4. *Fermente* avec la levure et ne fermente pas avec le mucor circinelloïdes.

Sucre interverti

Le saccharose s'intervertit facilement à chaud en liqueur alcaline et mieux acide, en donnant 20/19 de son poids d'un mélange à parties égales de glucose et de lévulose. Il arrive fréquemment qu'au cours d'une réaction, l'hydrolyse ait lieu ; il en résulte que la liqueur primitive, qui ne contenait que du saccharose, contient à la fin du sucre interverti, il en est ainsi dans la réduction de la liqueur cupro-alcaline, si l'ébullition est prolongée assez longtemps, et dans la recherche de l'osazone.

1. *Réduit la liqueur cupro-alcaline.*

1 gr. de glucose réduit le même volume de réactif que 1 *gr.* 03 de sucre interverti.

2. *Lévogyre* $\alpha_D = - [24°22 - 0{,}28\ t°]$

3. *Phénylosazone* identique à celle du glucose.

4 *Fermente* comme le glucose.

Lactose

1. *Réduit la liqueur cupro-alcaline.*

1 gr. de glucose réduit le même volume de réactif que 1 *gr.* 42 de lactose.

2. *Dextrogyre* $\alpha_D = + 55°30$

3. *Phénylosazone* soluble dans l'eau bouillante et l'eau-acétone.

4. *Ne fermente pas* avec la levure ni avec le mucor circinelloïdes.

Pentoses I. l. arabinose

1. *Réduit la liqueur cupro-alcaline.*

1 gr de glucose réduit le même volume de réactif que 0 *gr.* 948 d'arabinose.

2. *Dextrogyre* $\alpha_D = + 104°4$

3. *Phénylosazone* soluble à chaud, optiquement inactive ; parabromo phénylhydrazone presque insoluble à froid dans l'eau, peu soluble dans l'alcool absolu.

Biphénylhydrazone, insoluble.

4. *Ne fermente pas.*

II. l. xylose

1. *Réduit la liqueur cupro-alcaline* comme le glucose.

2. *dextrogyre* $\alpha_D = + 19°4$

3. *Phénylosazone* peu soluble à chaud, lévogyre.

Parabromo phénylhydrazone insoluble à froid, soluble dans l'alcool absolu.

Biphénylhydrazone, insoluble.

4. *Ne fermente pas.*

Acide glycuronique

1. *Réduit la liqueur cupro-alcaline* comme le glucose.

2. *Dextrogyre* $\alpha_D = + 19°4$ pour l'anhydride

3. *Phénylosazone* soluble dans l'eau bouillante, l'alcool méthylique, l'eau acétone.

Parabromo phénylhydrazone insoluble à froid dans l'eau et dans l'alcool absolu.

4. *Ne fermente pas.*

Rem. — Donne par oxydation de l'acide saccharique dont le sel monopotassique est peu soluble.

Conjugués glycuroniques

Le sous-acétate de plomb précipite : les acides urochloralique, phénolglycuronique, naphtolglycuronique, mentholglycuronique, bornéolglycuronique.

Mais ne précipite pas : les acides camphoglycuronique, triméthylcarbinolglycuronique, diméthyléthylcarbinolglycuronique.

1. Conjugués *réduisant la liqueur cupro-alcaline* : acides urochloralique, nitrotoluolurique, bromophényl mercapturo et paramidophénolglycuronique.

Ne réduisent pas la liqueur cupro-alcaline : acides butylchloralique, phénol, — triméthylcarbinol — diméthyléthylcarbinol glycuronique.

2. Les conjugués sont tous *lévogyres*.

3. Les *combinaisons hydraziniques* de l'acide glycuronique peuvent être obtenues après hydrolyse des conjugués.

4. *Ne fermentent pas*.

Acide β oxybutyrique

1. *Ne réduit pas la liqueur cupro-alcaline*.
2. *Lévogyre* $\alpha_D = -21°12$
3. Ne donne *pas d'osazone*.
4. *Ne fermente pas*.

Acide acétylacétique. Acétone

Ces corps, que l'on trouve assez fréquemment dans les urines contenant du glucose ne donnent *aucune des 4 réactions principales*.

Alcaptone

Cette substance a été identifiée avec l'acide homogentisique.

$$C^6H^3\begin{cases}-OH\\-CH^2-\ COOH\\-OH\end{cases}$$

par Walkow et Baumann.

et avec l'acide uroleucique (trioxyphénylpropionique).

$$C^6H^2\begin{cases}-OH\\-OH\\-OH\\-CH^2-CH^2-COOH\end{cases}$$

par Huppert.

Elle précipite par l'acétate et le sous-acétate de plomb.

1. *Réduit* fortement la liqueur cupro-alcaline.
2. *Inactive*.
3. Ne donne *pas d'osazone*.
4. *Ne fermente pas*.

Rem. — S'oxyde facilement à l'air en prenant une coloration brune.

Inosite

L'inosite est un polyalcool cyclique, c'est-à-dire que sa constitution est très différente des sucres à chaîne linéaire. Elle n'est pas précipitée par l'acétate ni le sous-acétate de plomb, mais est précipitée par le sous-acétate de plomb ammoniacal.

1. *Ne réduit pas la liqueur cupro-alcaline*.
2. Optiquement *inactive* (les isomères actifs *d* et *l* et l'inosite racémique n'ont pas été rencontrés dans la nature).
3. Ne donne *pas d'osazone*.
4. *Ne fermente pas*.

Rem. — L'oxydation nitrique donne une oxyquinone qui par l'ammoniaque et le chlorure de calcium fournit une coloration rouge.

Tanin

Le tanin s'élimine par l'urine sous forme d'acide gallique. Tanin et acide gallique sont éliminés par l'acétate de plomb ; mais si leur précipitation a été incomplète, ils peuvent être cause d'erreur dans les dosages par réduction.

1. Tanin et acide gallique *réduisent les liqueurs cupro-alcalines*.
2. L'acide gallique est *inactif*. Le tanin est *dextrogyre*.
3. Ils ne donnent *pas d'osazone*.
4. *Ils ne fermentent pas*.

Rem. On les caractérise par la coloration qu'ils donnent avec le perchlorure de fer.

	Ebullition avec la liqueur cupro-alcaline.	Action sur la lumière polarisée.	Formation d'osazone caractéristique.	Fermentation par la levure de bière.
Glucose	réduction	dextrogyre	osazone	fermente
Lévulose	réduction	lévogyre	osazone	fermente
Saccharose	rien	dextrogyre	—	fermente
Sucre interverti	réduction	lévogyre	osazone	fermente
Lactose	rien	dextrogyre	osazone	rien
Arabinose	réduction	dextrogyre	osazone	rien
Xylose	réduction	dextrogyre	osazone	rien
Acide glycuronique	réduction	dextrogyre	osazone	rien
Conjugués glycuroniques	—	lévogyres	—	rien
Acide β oxybutyrique	rien	lévogyre	rien	rien
Acide acétylacétique	rien	rien	rien	rien
Acétone	rien	rien	rien	rien
Alcaptone	réduction	rien	rien	rien
Inosite	rien	rien	rien	rien
Acide gallique	réduction	rien	rien	rien
Tanin	réduction	dextrogyre	rien	rien

STATISTIQUE MÉDICALE

Recensement des enfants anormaux des Ecoles publiques de la Ville de Saint-Omer

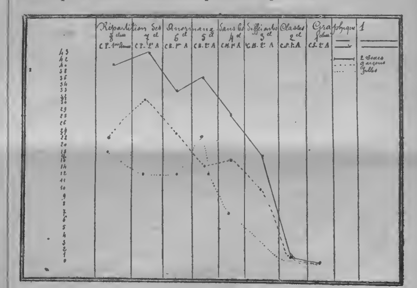
Par le docteur **Caillard**,
Sous-inspecteur de l'Assistance publique à Saint-Omer.

(*Suite et Fin*) (1)

III. — Répartition des anormaux dans les différentes classes.

Les classes n'étant point partout désignées sous les mêmes noms, et n'existant pas en nombre égal dans toutes les écoles publiques, nous faisons remarquer que le cours moyen 2e année est la classe de préparation au certificat d'études primaires.

Le cours supérieur est composé d'élèves munis de leur certificat et qui suivent l'instruction primaire supérieure.



Nous avons réuni sur le graphique n° 1 les courbes obtenues pour les garçons, et pour les filles

Ces courbes présenteraient un maximum différent pour les deux sexes.

Pour les garçons, un premier maximum se trouve au cours préparatoire, 2e année, et un second au cours moyen 1re année

(1) Voir l'avant-dernier numéro du *Progrès médical*.

tandis que pour les filles, un maximum unique se trouve au cours élémentaire 2e année.

Cette différence doit provenir des abstentions totale et partielle des deux directrices dont nous avons parlé plus haut ; elle n'a d'ailleurs qu'une importance relative.

Ce qu'il importe de retenir, en effet, c'est que les courbes des deux sexes présentent chacun 2 maxima, c'est-à-dire 2 classes où le nombre des anormaux est plus considérable que dans les autres. Ce sont, d'une part, les basses classes, d'autre part, les classes un peu plus élevées, qu'on a si justement appelées *classes d'arrêt*, parce que les anormaux qui viennent s'y échouer ne peuvent aller plus loin.

Enfin, la courbe générale qui réunit les deux sexes présente, dans son ensemble, une grande analogie avec celle obtenue par la commission d'enquête de Bordeaux.

Les anormaux (garçons et filles) qui existent dans les classes, appartiennent aux deux variétés si caractéristiques et si différentes des *calmes* et des *agités*. Selon la très jolie comparaison de M. le professeur Abadie, les uns « véritables frelons, toujours en l'air, mettent un désordre constant dans la classe », tandis que les autres « effondrés à leur place, assoupis par le bourdonnement « de la ruche en travail, sont oubliés par le maître qui ne parvient « pas à les réveiller de leur torpeur ».

Comme il est facile de s'en rendre compte par le graphique ci-joint, l'anormalité est surtout fréquente, dans son ensemble aux âges de 10, 11 et 12 ans. Cela veut dire qu'elle est surtout plus facile à dépister à cet âge.

Pour les garçons, le maximum est à 10 et 11 ans, tandis que pour les filles, il se manifeste à 12 ans. Cela tient, nous le croyons, comme le Dr Cambriels, à la présence de jeunes filles non arriérées, mais instables, qui sont encore élèves à cet âge, et chez lesquelles les troubles nerveux de tous ordres sont plus fréquents.

V. — Classification des anormaux des écoles.

Pour les raisons indiquées au début de ce travail, nous avons choisi la classification de M. le Professeur Régis.

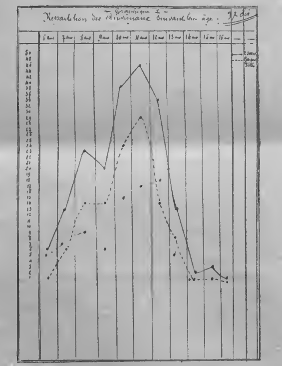
Nos anormaux sont donc classés en *anormaux non arriérés* et *anormaux arriérés*. Parmi ces derniers, nous avons distingué : 1° des *arriérés profonds*, de mentalité fruste, très difficiles ou impossibles à éduquer ; 2° des *arriérés moyens* ; 3° des *arriérés légers*. Ces deux dernières catégories sont, comme leur nom l'indique, composées de sujets possédant un coefficient mental plus ou moins inférieur à la normale. Ces sujets se montrent en outre ou bien calmes et déprimés, ou bien agités et instables.

Si les maîtres qui ont procédé ailleurs au classement des anormaux dénoncent l'imperfection d'une œuvre qu'ils ont entreprise avec une science et une autorité si sûres d'elles-mêmes, quel jugement devons-nous porter sur la nôtre ? Hélas ! les difficultés de toutes sortes qu'ils ont rencontrées ne nous ont pas été épargnées, et nous sommes bien certain de n'en avoir pas triomphé avec le même bonheur.

NOMS DES ÉCOLES PAR RUES	Population de l'École	Nombre des enfants présumées anormales	Nombre des enfants reconnues anormales	Pourcentage des anormales	RÉPARTITION DES ANORMALES									Pourcentage des arriérés.	
					ANORMALES non arriérées.		ANORMALES ARRIÉRÉES					TOTAL			
							A. Légères.		B. Moyennes.		C. Profondes.				
					Nombre	Pourcentage.	Calmes.	Agitées.	Calmes.	Agitées.					
Rue Courteville........	126	14	14	11.11	1	0.79	4	2	3	4	»	13		10 31	Moyenne 14.46
Rue de Thérouanne.....	136	62	44	32.25	9	6.61	10	10	10	4	1	35		25 73	
Rue St-Martin..........	87	26	15	17.69	1	1.14	2	2	8	1	1	14		16.»»	
Place de la Ghière......	128	11	10	7.81	3	2.34	»	»	3	3	1	7		5.46	
Rue des Tribunaux.... (ne compte pas)	(200)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Totaux...........	477	113	83	17.40	14	2.95	16	14	24	12	3	69		14.46	

IV. — Répartition des anormaux suivant leur age.

Nous sommes arrivés dans cette répartition (graphique n° 2)



aux mêmes résultats que la commission bordelaise et que notre excellent confrère le Dr Cambriels à Narbonne.

L'examen des enfants a été forcément assez rapide, puisque notre service ordinaire n'en devait pas souffrir et que l'approche des vacances nous faisait une obligation de ne point perdre de temps. C'est dire que si, malgré la rapidité relative de cet examen médical, nous avons pu cataloguer sans hésitation certains degrés d'arriération, il a été beaucoup plus malaisé de peser les nuances délicates qui séparent d'assez nombreuses mentalités. Des sujets que nous avons rangés dans les arriérés moyens eussent peut-être été classés dans les arriérés légers, et inversement, par un autre examinateur.

Le manque de renseignements très précis sur les antécédents héréditaires et surtout personnels de chaque enfant est encore une lacune que nous avons bien souvent déplorée.

Notre classement n'aura donc qu'un mérite, celui de la sincérité. Nous avons conscience que tous les enfants retenus à l'examen sont bien des anormaux, et c'est le principal pour le moment. Il sera toujours loisible à des examinateurs compétents, mieux renseignés et disposant de loisirs plus considérables, de les répartir avec plus de sûreté dans les diverses catégories.

Pour apprécier le degré d'arriération des enfants, nous avons tenu le plus grand compte des renseignements fournis par les maîtres, et nous les avons complétés en questionnant les sujets sur les notions les plus élémentaires (temps, lieu, espace, âge, distance, patrie, religion, etc.). Nous avons ainsi recueilli des réponses stupéfiantes : tel arriéré moyen nous déclare qu'il est juif, et vient de faire sa première communion ; son voisin nous apprend que le Président de la République habite Saint-Omer, que cette ville est la capitale de la France, etc. ; tel autre nous dit qu'il est

vieux et ne sait pas pourquoi ; d'autres qu'il y a 50 centimètres de distance entre l'école et leur maison située à 4 ou 500 mètres, beaucoup sont incapables de répéter 6 chiffres et de compléter une phrase dont on supprime le verbe ou l'attribut ; certains placent Saint-Omer en Espagne ; ne savent ni leur âge, ni leur adresse ; bref, chez tous, la débilité mentale apparaissait à des degrés divers, mais suffisamment caractéristique. Et les réponses concordaient si bien avec la cérébralité habituelle des sujets, que les maîtres ne faisaient qu'une remarque, toujours la même : « cela ne m'étonne pas ; voilà ses réponses ordinaires ».

Arriérés profonds. — Nous avons classé dans cette catégorie 2 garçons et 3 filles. Le premier, âgé de 11 ans, est un épileptique, au caractère sombre et maussade. Maigre et chétif, paraissant âgé de 7 ans à peine, il fuit la société de ses camarades, on ne la recherche que pour les taquiner. C'est ainsi qu'il pousse parfois sans motif des cris inarticulés, et se lève de sa place pour frapper un camarade. Avec cela, parlant à peine, plutôt par signes et faisant ses besoins dans ses pantalons. Ce enfant a un oncle fou. Nous n'avons malheureusement pu avoir d'autres renseignements sur la famille. L'autre arriéré profond, âgé de 9 ans 1/2, répond au même modèle ; d'une inconscience marquée, il est considéré par le maître comme impossible à éduquer. Tous deux appartiennent au cours préparatoire. Les 3 filles n'ont pu être examinées, à cause de leur fréquentation scolaire, qui est très irrégulière. Néanmoins, les renseignements donnés sont tellement précis et catégoriques que l'hésitation n'était pas permise pour leur classement. Garçons ou filles, ces enfants ne comprennent rien, ne retiennent rien et donnent à leurs camarades le spectacle attristant de leur imbécillité. Leur place n'est évidemment pas à l'école.

Arriérés moyens et légers. — Au nombre total de 154, dont 88 garçons et 66 filles, ces anormaux forment le gros de la troupe.

Pour les garçons, nous trouvons 40 arriérés légers et 48 moyens avec un pourcentage global variant de 4,27 à 21, 68 % de la population scolaire.

Les filles de cette catégorie sont au nombre de 66, dont 30 arriérées légères et 36 arriérées moyennes, ce qui donne un pourcentage global de 4.60 à 25 % de l'effectif scolaire.

Au point de vue de l'attitude et des réactions, nous avons obtenu pour nos anormaux arriérés légers et moyens les chiffres suivants :

Arriérés légers :	Agités ou instables...........	25
	Calmes ou déprimés.........	17
Arriérés moyens :	Agités ou instables...........	23
	Calmes ou déprimés	25

et pour les anormales arriérées :

Arriérées légères :	Agitées ou instables.........	14
	Calmes ou déprimées.......	16
Arriérées moyennes :	Agitées ou instables.........	12
	Calmes ou déprimées........	24

Notre statistique présente donc une grande analogie avec celle de Bordeaux puisqu'elle dénote l'existence d'un plus grand nombre de déprimés chez les arriérés moyens des deux sexes.

Nous ferons également ressortir la similitude des courbes tracées sur le graphique 3 et le graphique 1, similitude qui montre bien une fois de plus que ce sont « les arriérés qui donnent à l'ensemble des anormaux leurs principales caractéristiques ». (Rapport de la commission bordelaise).

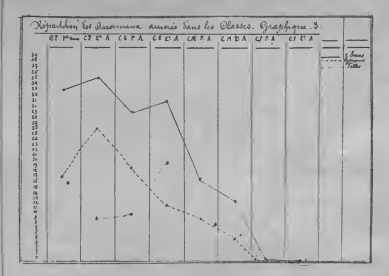
Enfin, nous signalerons ce fait, déjà noté par les autres enquêteurs, que ce sont les arriérés moyens des deux sexes qui présentent le plus de tares physiques et de signes de misère physiologique. C'est dire que bon nombre de ces enfants bénéficieraient à coup sûr de soins médicaux systématiquement appliqués et d'une hygiène bien comprise.

En attendant que la procréation des anormaux diminue grâce aux efforts des médecins et de tous ceux qui collaborent au relèvement physique et moral de la démocratie—ce temps est encore loin, hélas ! tâchons, au moins de pallier ses mauvais effets. Nous rendrons service du même coup et à l'individu à la société. Il appartient à l'Assistance publique comme à la Bienfaisance privée de nous aider dans cette lutte contre la dégénérescence, par la création de classes ou d'établissements spéciaux, comme par une distribution judicieuse des secours. Il devient banal de répéter qu'il suffit parfois de nourrir un arriéré pour lui voir réparer à la fois ses forces physiques et son déficit mental. Ce n'est pas ici le lieu de développer comment nous comprenons cette collaboration des œuvres publiques et privées: qu'il nous suffise de dire qu'elle permettrait les combinaisons les plus pratiques et les plus ingénieuses. Le jour où, bureau de bienfaisance, mutualités, logements à bon marché, etc., se concerteront avec les grands services d'Assistance, la question aura fait un pas décisif.

Anormaux non arriérés. — Notre groupe d'anormaux non arriérés renferme des types cliniques divers, puisque nous y avons placé tous les anormaux non compris dans les catégories précédentes. On y voit les enfants atteints de troubles nerveux, d'épilepsie, de neurasthénie, les instables et ceux affligés de perversions morales.

Nous rappellerons à ce sujet, avec M. le professeur Régis, les caractères communs qui unissent ces anormaux en apparence disparates : 1° ce sont des malades ; 2° leur intelligence n'est pas au-dessous de la normale ; 3° ils présentent de l'instabilité motrice et mentale.

L'instabilité est parfois, d'ailleurs, chose relative, et nous connaissons plusieurs anormaux, non arriérés, très instables avec certains maîtres, qui deviennent très disciplinés sous l'autorité d'un autre. Il serait excessif, croyons-nous, de considérer tous ces instables momentanés comme des malades de l'esprit. L'instabilité peut être également liée à un état névropathique, auquel cas un régime spécial est évidemment indiqué.



Ce régime spécial s'impose avec plus de force et de logique encore quand il s'agit de sujets dont le voisinage peut constituer pour leurs camarades un véritable danger. Il ne faut pas que les classes ordinaires se transforment en école de corruption, et que les voleurs et les vicieux puissent donner de dangereux exemples aux enfants mal trempés pour la résistance. Il est, en outre, imprudent de laisser un épileptique livré à ses impulsions, un brutal à ses instincts, et l'on doit songer que tel enfant, qui se contente aujourd'hui de se lever pour aller simplement frapper un camarade, peut, demain, armer son geste et le rendre désastreux. On a pu voir, par nos chiffres, que des mesures spéciales seraient à souhaiter à l'égard de ces anormaux non arriérés, comme à l'égard des autres.

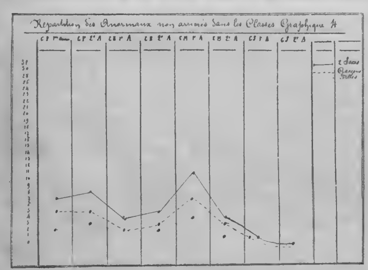
Le graphique n° 4 offre une grande similitude entre les deux sexes, qui présentent 2 maxima d'anormalité, l'un dans les basses classes, l'autre au cours moyen 1re année. Ce sont précisément les classes qui renferment le moins d'arriérés, et celles où l'instabilité domine soit par manque d'accoutumance à la discipline scolaire, soit par suite d'un surmenage relatif.

Quel que soit le type clinique auquel se rattachent les anormaux non arriérés, leur note dominante c'est l'agitation. Sur presque toutes nos fiches médico-pédagogiques reviennent, comme un leit-motive ces mots : « trouble la classe ». Dans cette catégorie d'anormaux, nous avons retenu 17 menteurs, 5 voleurs, 2 vicieux, et 26 batailleurs méchants ; les fugues scolaires,

l'insensibilité morale, plus ou moins prononcée, ou, au contraire, une émotivité exagérée, un esprit inquiet, un caractère sournois, voilà les autres tares les plus communes de ces sujets. Ajoutons que presque tous présentent des stigmates physiques de dégénérescence.

On le voit par ce court aperçu, la tâche des maîtres est lourde, et vraiment impossible à parfaire, malgré tout leur dévouement. Nous pouvons affirmer sans crainte d'être démenti que tous verraient avec joie leurs classes enfin débarrassées de ces « boiteux du cerveau », de ces « infirmes moraux » que seule la méthode médico-pédagogique peut espérer guérir ou améliorer. On trouverait d'ailleurs facilement dans le personnel enseignant de Saint-Omer tous les éléments nécessaires pour organiser des classes spéciales en attendant mieux.

Sans parler des grandes cités comme Paris, Lyon, Bordeaux, etc., qui ont pris l'initiative en matière d'éducation d'anormaux, nous pourrions citer des villes de moindre importance, telles que Tours et Poitiers, qui n'ont pas hésité à ouvrir des classes spéciales. La loi récemment votée sur l'éducation des anormaux encourage d'ailleurs ce mouvement, en attribuant des subventions importantes aux villes qui fondent des classes et des écoles pour ces enfants. La vieille cité audomaroise n'a pas seulement dans l'histoire de son passé des pages glorieuses; on en pourrait détacher, de très nombreuses, où se lit la sollicitude toujours en éveil de ses échevins pour les malheureux. Nous sommes persuadé que si l'antique organisation a disparu, l'esprit qui l'animait n'a point changé, et que les traditions généreuses demeu-



rent toujours vivaces au cœur de ses représentants modernes. C'est pour nous l'espoir d'être entendu.

CONCLUSION.

1° La proportion des anormaux des deux sexes dans les écoles publiques de Saint-Omer était, à la fin de l'année scolaire 1908-1909, de 16 %.

2° Celle des anormaux seuls était de 14,11 % et celle des anormales de 17.63 %. Il y a donc plus d'anormales que d'anormaux et, en tenant compte de la parcimonie des renseignements fournis par l'une des Directrices, la différence serait encore plus grande en faveur des garçons.

3° Sur 100 anormaux et anormales, nous avons obtenu les proportions suivantes :

A. Garçons	Anormaux non arriérés		3,28	
	Anormaux arriérés	légers	5,27	11,47
		moyens	6,33	
		profonds	0,26	
B. Filles	Anormales non arriérées		2,95	
	Anormales arriérées	légères	6.20	13.84
		moyennes	7.54	
		profondes	0,62	

4° Les arriérés profonds des 2 sexes sont en très petit nombre : 4 p. 100.

5° Les arriérés moyens et légers, en nombre un peu supérieur pour les filles, forment le gros de l'armée, soit les 3/4 environ des anormaux. Ce sont les débiles mentaux à différents degrés.

6° Les anormaux non arriérés, composés des vicieux, des instables, des névropathes, etc., entrent pour un peu plus d'un cinquième dans la proportion des anormaux des deux sexes.

7° Les écoles publiques de St-Omer renferment un nombre inquiétant d'anormaux, qui est supérieur à celui signalé de différents côtés. Si, à la vérité, certaines écoles bordelaises, par exemple, ont donné une proportion de 12,8 % d'anormaux, la moyenne générale est bien moins élevée (de 5,17 à 7,79 %).

8° Cette différence est selon nous en grande partie attribuable à l'abus de l'alcool et du tabac.

9° Il y a donc lieu, non seulement de créer à Saint-Omer des classes spéciales avec collaboration des maîtres, des médecins et des familles, mais encore de faire l'éducation systématique de ces dernières en menant une vigoureuse campagne anti-alcoolique et anti-tabagique.

REVUE DES JOURNAUX

Modifications vaso-motrices produites par la suggestion hypnotique

A dix heures et demie du soir, Paraskovie est hypnotisée. Somnambulisme immédiat. Lorsqu'elle est endormie, je lui demande si jamais elle a eu quelque brûlure avec vésicules. La réponse est affirmative : elle s'est brûlée plusieurs fois, au fourneau, la dernière fois, à gauche, au-dessus de l'articulation radiocarpienne.

J'applique, au milieu de la face externe de l'avant-bras, un bouton de manchette d'un centimètre environ de diamètre, de forme triangulaire, à bords convexes, et j'accompagne l'application de suggestions appropriées. Je lui dis que je brûle l'endroit touché, qu'il en résultera une brûlure pareille à celle que lui a causée son fourneau, que la région touchée deviendra d'abord rouge, qu'ensuite qu'il s'y formera une vésicule ; que la brûlure ne la fera pas souffrir longtemps et guérira bientôt.

La suggestion faite, j'attends dix minutes pour réveiller le sujet, car la réalisation des suggestions posthypnotiques est facilitée lorsque le sommeil dure à peu près un quart d'heure. Tokarsky, Podiapolsky.)

Le lendemain matin (le 18), d'après le récit des patrons de Paraskovie, à l'endroit que le bouton avait touché, on voyait une vésicule analogue à celle que produit une brûlure et large comme une lentille.

Le même jour, je résolus de répéter l'expérience et d'en modifier un peu les détails.

Je prends le même bouton et, avant d'endormir Paraskovie, je le lui montre en disant que je vais le faire rougir au feu de la lampe et que de nouveau, je lui en brûlerai le bras, lorsqu'elle sera endormie.

Sitôt le sommeil obtenu, je prends le bouton et, pour plus de vraisemblance, je m'approche de la table, où se trouve la lampe, j'y reste même un bon moment. Puis je reviens vers le sujet et je lui applique le bouton sur le bras non loin de la brûlure de la veille, en accompagnant son application de suggestions appropriées : après quoi, je la laisse dormir un quart d'heure.

L'endroit où devait se manifester la nouvelle brûlure était un peu plus haut que celui de la veille.

Déjà, avant le réveil, on voit une rougeur très nette, de forme elliptique, dont le grand axe répond à celui de l'objet appliqué. Pourtant cette rougeur apparaît à l'endroit touché, mais un peu plus bas. Un quart d'heure après, survient une vésicule, au milieu de la rougeur, laquelle s'étend sur une surface dont le diamètre répond à peu près à un verchok de dimension.

Le 22 mars, je fais une troisième expérience de brûlure suggérée, à laquelle assistent MM. P.-P. Podiapolsky et K.-J. Pangalo.

A 5 h. 1/2, Paraskovie s'endort tout d'un coup. Somnambulisme. Cinq minutes après, sur le même bras gauche, un peu plus en dedans, est appliquée la lettre " C " (une lettre de galoche) en cuivre et plate ; je dis à l'expérimentée qu'elle souffrira

juste le même mal qu'elle a déjà ressenti au moment de sa brûlure occasionnée par le fourneau. Cette dernière brûlure, ainsi que l'ont constaté les assistants, donna un résultat plus intense que les autres fois. Interrogée pendant son sommeil le sujet répondit que le bras la brûlait douloureusement.

La suggestion faite, le sommeil fut prolongé pendant une heure. Tout d'abord rien ne se manifesta, mais une heure n'était pas encore écoulée qu'on put distinguer une rougeur, non à l'endroit où avait été appliquée la lettre, mais autour de la brûlure précédente. Elle rappelait la rougeur qui s'était étalée dans le cas précédent et avait à peu près la même dimension (près d'un verchock de diamètre). Bientôt cette rougeur disparut et il en apparut une nouvelle entre les deux régions précédemment expérimentées. Cette rougeur commença à blanchir puis à se gonfler et, deux heures après la suggestion, une vésicule blanche était constituée, de forme oblongue, à grand axe atteignant près d'un centimètre.

Dans cette dernière expérience, on ne put dépister aucune simulation : toutes les phases de la brûlure se déroulèrent sous nos yeux. (Donate Smirnoff. *Revue de l'hypnotisme*, décembre 1909, p. 185.

Rachitisme et tuberculose.

M. Marfan rapporte l'histoire de cinq enfants, qui sont des rachitiques chez lesquels on ne peut incriminer, comme cause des déformations osseuses, ni l'alimentation défectueuse, ni des troubles digestifs chroniques, ni la syphilis congénitale, ni une broncho-pneumonie prolongée, ni une pyodermite chronique. Mais ils appartiennent à une famille de tuberculeux et tous sont tuberculeux eux-mêmes. Chez trois d'entre eux, il n'y a aucun signe clinique de l'infection bacillaire ; seule, la cuti-réaction nous a révélé un foyer de tuberculose occulte. Chez le quatrième, l'existence de cette infection était extrêmement probable ; mais la cuti-réaction nous a seule permis de l'affirmer avec certitude. Le cinquième présente des accidents tuberculeux en évolution, dont la nature est évidente, et, chez elle, la cuti-réaction est venue simplement confirmer le diagnostic clinique.

L'histoire de ces sujets autorise à placer la tuberculose parmi es causes du rachitisme, à côté des autres infections ou intoxications chroniques de la première enfance. Comme celles-ci, la tuberculose peut provoquer des réactions des cellules de la moelle osseuse et du cartilage et troubler ainsi le processus de l'ossification.

Le rachitisme tuberculeux n'est pas précoce : il n'apparaît pas dans les premiers mois de la vie, comme le rachistime syphilitique, mais vers la fin de la première année ou dans le cours de la seconde, c'est-à-dire après que la contagion bacillaire a pu s'effectuer et que le foyer a pu, en se développant, susciter des réactions médullaires et troubler l'ossification. Tout rachitique porte en lui un foyer d'infection ou d'intoxication chronique. Faire le diagnostic de rachitisme, — ce qui n'offre, d'ailleurs, que peu de difficulté, — c'est faire un diagnostic insuffisant, qui n'a pas plus de valeur que le diagnostic de polyadénie, de mégalosplénie, d'hypertrophie des organes lymphoïdes du pharynx. Pour que le diagnostic soit complet, il faut rechercher la cause ou les causes qui ont pu donner naissance aux déformations osseuses. En présence d'un rachitique, nous faisons une enquête sur tous les facteurs dont l'action nous paraît démontrée : intoxications dyspeptiques, toxi-infections digestives, syphilis, tuberculose, broncho-pneumonie prolongée, pyodermites chroniques. D'autres causes que nous ne connaissons pas seront sans doute à ajouter à cette liste. Mais en attendant, la constatation du rachitisme doit nous inviter à rechercher celles qui sont connues ; et de cette enquête systématique sortira parfois la révélation inattendue d'une syphilis ou d'une tuberculose latente. Et c'est là un des avantages de cette manière de comprendre le rachitisme ; elle nous oblige à une enquête étiologique dont elle détermine le programme et dont elle fait comprendre le résultat. (Marfan. *La Presse médicale*, 23 février 1910, p 137).

L'ictère par pancréatite scléreuse.

Un homme adulte était atteint depuis 45 jours d'ictère foncé, par rétention, avec selles décolorées et démangeaisons vives. Des coliques hépatiques très douloureuses avaient abouti à l'expulsion d'un calcul très volumineux en bout de cigare. Mais l'ictère persistait, bien que toutes douleurs eussent disparu.

Il fallait penser soit à un calcul du cholédoque, soit à une compression du conduit biliaire par la sclérose d'un pancréas infecté du fait du passage dans le cholédoque d'une bile septique. M. Dieulafoy confia le malade à M. Gosset.

Ce dernier pratiqua l'incision de Kehr, fit l'ablation de la vésicule non calculeuse, mais infectée, réséqua le canal cystique, draina le cholédoque sans découvrir de calcul. Mais sur la tête du pancréas siégeait une masse dure, qui simulait un néoplasme. Il ne s'agissait que d'une pancréatite scléreuse, qui aplatissait le conduit biliaire. M. Gosset draina l'hépatique de manière à obtenir l'issue de la bile au dehors pendant 15 jours. Pendant ce temps, le pancréas n'étant plus irrité par le passage d'une bile septique perdit son induration et permit à nouveau le passage de la bile laquelle était redevenue rapidement normale. En trois semaines, le rétablissement était complet.

On pourrait craindre la rechute dans ces pancréas sclérosés. Il n'en est rien. Aujourd'hui, le malade est guéri depuis quatre ans ; sa santé est excellente et l'ictère n'a jamais reparu.

Le rôle du chirurgien, en pareille occurrence, est de ne jamais s'occuper de la lésion pancréatique. Il faut pratiquer l'ablation de la vésicule et le drainage de l'hépatique, de manière à obtenir une dérivation du courant biliaire en dehors. Cette méthode assure la guérison alors que la marche de la maladie livrée à elle-même aboutirait à la cachexie et à la mort. (Dieulafoy. *Journal des praticiens*, 26 février 1910, p. 135.)

Traitement chirurgical de l'œdème chronique.

Pour lutter contre les éléphantiasis, il n'y a qu'un moyen : rétablir artificiellement la circulation de la lymphe, et, comme on n'a pas la ressource des anastomoses comme au niveau de l'intestin, le seul moyen sera, puisqu'il y a un barrage qu'il est impossible de supprimer, de le tourner en drainant la lymphe jusqu'au-dessus de lui.

La première idée qui devait venir à l'idée était de pratiquer ce drainage avec de minuscules drains de caoutchouc étendus sous la peau d'un point à l'autre du membre.

Malheureusement les drains sont absolument impropres à remplir le rôle qu'on leur demande. C'est qu'en effet les bourgeons charnus pénètrent rapidement dans les orifices du drain et ne tardent pas à l'obstruer.

Il convient donc d'utiliser pour ce drainage les propriétés capillaires de fils de soie volumineux qui persistent indéfiniment dans les tissus, sans se résorber. Ils conservent toujours leurs pouvoirs capillaires.

Comment devra-t-on placer les fils ? Hamelley introduit ces fils par de multiples petites incisions au moyen de longues sondes persistantes poussées à travers les tissus sous-cutanés.

Dans le cas où l'asepsie est quelque peu douteuse il conseille de placer une canule dans la plaie cutanée : la sonde conductrice sera introduite à travers la canule de façon à éviter tout contact avec les lèvres de la plaie.

Lexer pratique plusieurs petites incisions étagées et passe ses fils de l'une à l'autre au moyen d'une pince cheminant sous la peau. Drault parle de l'usage d'une sonde munie d'un chas. En tout cas il recommande de faire des incisions transversales parce que les incisions longitudinales auraient tendance à devenir chéloïdiennes. (Guibé. *Presse médicale*, 19 janvier 1910.)

Dr Francis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 février 1910.

Sur l'immunisation active de l'homme, contre la fièvre typhoïde, nouveau vaccin antityphique. — M. ***H. Vincent*** emploie comme antigène l'autolysat centrifugé de bacilles vivants, qui, d'après les expériences de l'auteur, assure un haut pouvoir protecteur, et ne provoque pas les douleurs pénibles qui constituent l'un des inconvénients les plus grands des vaccins bacillaires. En outre, l'action moins brutale des produits d'autolyse ne

sature pas, comme le font les corps microbiens, les anticorps préexistants; et par conséquent ne sollicite pas au même degré, la production de la phase négative, si dangereuse en temps d'épidémie.

Il y a lieu de se servir d'un vaccin polyvalent, formé du mélange de bacilles d'origines diverses. Trois injections sont nécessaires, à doses progressivement croissantes.

Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février 1910.

Sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde (*suite de la discussion*). — M. ***H. Vincent*** rappelle que l'eau doit être considérée comme le plus important des facteurs de transmission du bacille d'Eberth dans les villes, les grandes collectivités, l'armée : il faut donc pratiquer une révision bactériologique des eaux et exiger leur épuration ou leur changement lorsqu'elles sont reconnues malsaines. Mais les porteurs de germes peuvent infecter directement ou indirectement les eaux potables et notamment celles des sources qui alimentent les grandes villes. L'origine hydrique et le rôle des porteurs de germes, loin de s'exclure, se complètent donc mutuellement. Pour dépister ces porteurs de germes, il faut créer des laboratoires : c'est grâce à eux que la fièvre typhoïde a si notablement diminué dans l'armée depuis quelques années.

M. P. Widal précise un point de technique important pour dépister les porteurs de germes. Il faut pour cela isoler le bacille d'Eberth des selles ou des urines, où il est difficile de l'identifier, étant donnée la multiplicité, dans ces milieux, de germes voisins. Il sera indispensable d'avoir dans les laboratoires un sérum typhique agglutinant dont on connaîtra le taux d'agglutination exact vis-à-vis des bacilles typhiques authentiques, et dont on se servira pour rechercher, par l'agglutination et sa mensuration, si les bacilles isolés sont bien des bacilles typhiques, en éliminant la cause d'erreur des coagglutinations.

Sur le traitement de l'épithéliome par le formol du commerce. — «***MM. Hallopeau*** et ***Fumouze*** proposent d'employer au traitement des épithéliomas, des applications de formol pur, qui donnent déjà des résultats excellents dans le traitement des verrues.

Un tampon d'ouate hydrophile, imprégné de formol et laissé en contact avec les parties malades, détermine sur celles-ci la formation d'une escharre superficielle, qui tombe après la répétition de trois ou quatre de ces applications, et laisse une surface détergée, garnie de bourgeons charnus.

Le seul inconvénient est la douleur ; on y obvie par des injections réitérées avec une solution de *novocaïne* à 1 pour 200, qui sont inoffensives.

Des épithéliomas, ne dépassant pas l'étendue d'une pièce de 2 fr., ont été traités ainsi depuis 8 à dix mois et ne présentent aujourd'hui ni récidive ni cicatrice ».

Influence du mode d'allaitement du nourrisson sur le développement définitif de la taille. — ***MM. Wallich*** et ***Roger Simon***, d'après des recherches faites à la Clinique Baudelocque, ont trouvé que les femmes grandes ou au dessus de la taille moyenne de 1m55 se trouvent dans les proportions suivantes : 45 % si elles ont été élevées au biberon, 81 et 83 %, près du double par conséquent, si elles ont été allaitées au sein pendant un an, pour retomber à 62 % si l'allaitement au sein est prolongé au-delà de la première année.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 février 1910.

Des polypes naso-pharyngiens. — M. ***Rouvillois.*** — Les observations de polype naso-pharyngien deviennent rares à la Société de chirurgie, cette affection appartenant aujourd hui surtout aux spécialistes. J'ai eu l'occasion d'en opérer un récemment. Un jeune soldat entre au Val-de-Grâce avec une tumeur du naso-pharynx, tumeur qui, après examen, me parut peu adhérente et munie d'un étroit pédicule. Je crus donc pouvoir tenter l'ablation par les voies naturelles. Et en effet la tumeur vint en quelques secondes et sans aucune difficulté. Une hémorragie très abondante se produisit aussitôt, hémorragie que le tamponnement arrêta. Mais deux jours après, quand on voulut enlever le tamponnement, le sang se reprit à couler en abondance. Le tamponnement fut donc rétabli. Puis enlevé au bout de quelques jours. Mais peu après, pendant la nuit, le malade eut à deux reprises des hémorragies profuses, d'une abondance inquiétante, et malgré le tamponnement il succomba à ces hémorragies répétées.

L'autopsie nous montra que la tumeur avait son insertion non sur l'apophyse basilaire mais sur la base de l'apophyse ptérygoïde, au voisinage du sinus sphénoïdal droit. Un prolongement de la tumeur pénétrait dans ce sinus et le remplissait.

Des prolongements intra-sinusiens de ce genre ont été déjà décrits, mais il est exceptionnel qu'une tumeur n'ayant aucun autre prolongement ait ainsi un prolongement intra-sphénoïdal.

Cette observation prouve que la bénignité apparente de ces tumeurs peut n'être pas réelle et qu'elles peuvent avoir des prolongements insoupçonnés, siège des hémorragies graves qu'on peut voir après des opérations restées incomplètes comme la nôtre.

Quant à l'implantation de ces tumeurs, elle est loin d'être toujours basilaire. Pour quelques auteurs, leur point d'implantation serait le plus souvent nasal et non point pharyngien. La question est difficile à résoudre, l'évolution du polype déformant souvent la région.

Cette observation nous conduit à penser qu'il ne faut point, dans ces tumeurs, employer la rugination mais plutôt l'arrachement, comme le conseille Sébileau, ce qui permet de mieux enlever les prolongements. Il serait également bon, au moins dans bien des cas, de ligaturer préalablement les deux carotides externes comme l'a conseillé M. Quénu.

M. ***Kirmisson.*** — Le point exact de l'insertion n'a que peu d'importance. La chose intéressante, c'est qu'elle se fait toujours à la base du crâne, et non pas sur la face antérieure des vertèbres cervicales, comme on le croyait autrefois. L'opération par les voies naturelles peut être dangereuse comme le prouve l'observation de M. Rouvillois. Mieux vaut une voie d'abord large permettant de bien voir la tumeur et tous ses prolongements.

M. ***Sieur.*** — L'évolution même de la tumeur, la disposition de ses prolongements et leur pénétration dans les sinus et dans le crâne s'expliquent mieux en admettant son insertion dans les fosses nasales plutôt que sur l'apophyse basilaire.

La ligature des deux carotides eût probablement empêché les hémorragies graves qui se sont produites chez le malade de M. Rouvillois. Elle peut ainsi diminuer beaucoup l'hémorragie au cours de l'intervention même, permettant de mieux voir ce qu'on fait et de faire une opération plus complète.

M. ***Quéau.*** — Cette double ligature rend en effet de grands services car elle permet l'exploration complète du pharynx nasal. Comme M. Kirmisson, je crois qu'il vaut mieux ne pas tenter l'ablation de ces tumeurs par les voies naturelles. La brèche palatine est sans importance si on a soin de la boucher immédiatement après l'ablation de la tumeur.

M. ***Nélaton.*** — Je vous rappelle que mon père considérait au contraire comme essentiel de ne point refermer la brèche palatine, indispensable pour surveiller l'apparition d'une récidive et permettre au besoin de la traiter par l'implantation de parcelles d'acide chromique.

M. ***Quénu.*** — Nos moyens actuels d'exploration sont très supérieurs à ceux que possédait le professeur Nélaton. Nous pouvons maintenant éclairer et explorer le naso-pharynx et y surveiller l'apparition d'une récidive, sans qu'il soit nécessaire de laisser ouverte la brèche palatine.

Occlusion duodénale aiguë chez un malade porteur de hernie volumineuse. — M. ***Delagènière.*** — J'ai été appelé récemment près d'un malade qui, porteur depuis son adolescence d'une hernie inguinale gauche, avait été pris brusquement de tous les signes d'une occlusion intestinale aiguë. L'absence de toute modification apparente de sa hernie avait empêché le médecin traitant de songer un seul instant à un étranglement herniaire.

Quand je vis le malade, son état était grave. Les signes d'occlusion étaient des plus caractérisés. La hernie gauche, très volumineuse, n'était ni dure ni tendue, ni douloureuse. Elle était sonore. Depuis longtemps elle était irréductible.

L'opération étant décidée, j'incisai au niveau de cette hernie. Dans celle-ci toutes les anses sont libres d'obstacle. Elles sont très adhérentes au sac et sont soutenues par une corde mésentérique très tendue, volumineuse. Je libère l'intestin, isole le sac, et refais la paroi. Persuadé que la cause de l'occlusion n'est autre que la corde mésentérique comprimant le duodénum, je fais coucher le malade sur le ventre. Son état ne tarde pas à s'améliorer et il guérit sans incident.

Cette observation démontre, comme une expérience, le rôle de la corde mésentérique dans l'occlusion duodénale aiguë ou subaiguë. C'est la réalisation de l'expérience d'Albrecht. Elle nous montre aussi que chez un malade atteint d'occlusion et porteur de hernie, il faut toujours aller d'abord à la hernie et c'est là qu'on trouvera souvent la cause du mal. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 21 février 1910. — Présidence de M. Ritti.

Epilepsie et paralysie générale. (Présentation de malade). — MM. ***Colin*** et ***Mignard*** montrent à la Société une malade qui, pendant plusieurs mois, a été soignée à la Salpêtrière. Considérée comme épileptique, elle était soumise au traitement par le bromure de potassium et l'hypochloruration. A son arrivée à l'asile de Villejuif, elle présentait un état confusionnel qui pouvait être consécutif à des accès d'épilepsie, et qui légitimait le diagnostic porté antérieurement à la Salpêtrière et à Sainte-Anne.

En réalité, il s'agit d'une paralytique générale. Ces cas sont des plus importants à faire connaître aux médecins, étant donnée l'importance du pronostic et du traitement à suivre. Ils ont été signalés depuis longtemps, entre autres par Falret, Moreau de Tours, Toulouse et Marchand, Séglas et François. L'étude attentive, non seulement du malade, mais de son histoire pathologique et l'évolution de l'affection permettent de faire le diagnostic.

MM. Magnan, Pactet, Ritti, approuvent ces conclusions et M. Marchand dit que, cliniquement, on peut observer chez les paralytiques généraux deux sortes distinctes de crises convulsives. Chez les uns, les crises, quoique nombreuses, n'influencent en rien la marche de la paralysie générale ; chez d'autres les crises, quoique moins fréquentes, sont toujours suivies d'une aggravation des phénomènes moteurs et psychiques de la paralysie générale.

Deux cas d'athétose double dont un avec attitudes vicieuses excessives. (Présentation de malades). — M. ***Truelle*** présente deux malades. Dans le premier cas, début à 9 mois par des convulsions suivies d'athétose généralisée. Puis rigidité musculaire progressive, devenue peu à peu prédominante. Ce qui particularise ce cas, c'est l'intégrité presque complète de l'intelligence, la présence d'un pseudo-syndrome bulbaire spasmodique, et surtout la réalisation d'un syndrome de Little tel que le diagnostic pourrait hésiter, n'étaient la priorité et la permanence de l'amyotaxie caractéristique.

Dans le second cas, début à 10 mois par des convulsions localisées à droite, puis généralisees. Hémiparésie droite consécutive. A 8 ans, flexion du corps à droite puis rigidité spasmodique progressive du côté opposé. Actuellement (malade âgée de 27 ans), la flexion du tronc à droite est excessive, mais corrigible, la rigidité musculaire gauche est extrême à la racine des membres, d'où attitudes vicieuses également corrigibles. Permanence de mouvements athétosiques doubles très discrets au repos. Légère faiblesse musculaire à droite. Pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs. Intelligence un peu débile. Le qualificatif d'athétose double n'est appliqué que faute de mieux.

Ces deux cas montrent la complexité du syndrome clinique qui peut être réalisé chez le même malade par les lésions encéphaliques de l'enfance.

Dégénérescence mentale. Obsessions, impulsions, exhibitionnisme.. — M. ***Fillassier*** examine un malade atteint de dégénérescence mentale avec perversions sexuelles : onanisme, obsessions, impulsions à l'exhibitionnisme, plusieurs fois arrêté et condamné.

Il insiste sur la tendance de ces malades à simuler, par honte de leur acte, une amnésie complète qui fait parfois considérer l'acte comme une manifestation comitiale, un équivalent épileptique.

Deux cas d'épithélioma chez des paralytiques généraux. (Présentation de pièces).— M. ***Vigouroux*** apporte deux observations de paralytiques généraux ayant présenté l'un, avant l'apparition de la maladie, un épithélioma ulcéré de la lèvre inférieure, l'autre un épithélioma du gland au cours de la maladie. Il présente les coupes histologiques des tumeurs et des cerveaux.

Hémisection des masticateurs chez l'animal. (Présentation de pièces).— MM. A. ***Marie*** et ***Pietkiewicz*** ont pratiqué l'hémisection des muscles masticateurs chez deux jeunes chiens. Ils présentent l'un de ces animaux vivant et le crâne de l'autre ; on y peut remarquer l'effacement de la crête sagittale et l'expansion de la cavité cranienne du côté des muscles sectionnés. Ces expériences sont d'un haut intérêt, non seulement en physiologie comparée, mais aussi au point de vue des rapports possibles entre le développement cérébro-psychique et celui de la musculature crânienne (loi de compensation de la régression masticatrice par l'expansion cérébrale).

Les malformations de l'oreille. (Mensuration et présentation de photographies). — MM. A. ***Marie*** et ***Mac Auliffe*** présentent une étude de contrôle sur les stigmates auriculaires de la dégénérescence. 100 aliénés, dont un certain nombre de dégénérés héréditaires, ont été comparés à 100 jeunes soldats de la même région. Ce sont moins les anomalies de formes que les asymétries de dispositions et de dimensions relatives qui sont surtout marquées chez les aliénés en général et les aliénés dégénérés en particulier.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 24 février 1910.

Conférence sur le traitement de la méningite cérébrospinale par M. ***Dopter***. — Après avoir rappelé divers traitements symptomatiques employés jusqu'à ces dernières années, M. Dopter aborde la question de la sérothérapie antiméningoccique. Il fait un historique rapide et dit quelques mots sur la préparation du sérum, puis envisage les effets que produit ce dernier en thérapeutique humaine. Ils peuvent se juger par la diminution considérable de la mortalité, par l'atténuation des symptômes observés dans chaque cas particulier, la réduction de la durée de la maladie, la diminution du chiffre des séquelles. Ayant exposé ces preuves indiscutables de la valeur de cette sérothérapie nouvelle, M. Dopter insiste tout particulièrement sur le mode d'emploi et le mode d'administration du sérum. Il est de toute nécessité d'employer des doses élevées, de les répéter journellement jusqu'à la disparition des phénomènes méningés.

Le meilleur guide dans la circonstance, pour apprécier l'état anatomique des méninges et suivre la régression de leurs lésions, est l'examen du liquide céphalo-rachidien qui donne des renseignements de grande utilité pour dicter au praticien la conduite à tenir. Il doit être mis en garde contre les guérisons apparentes que l'on croit trop souvent définitives. En ce cas, le méningocoque sommeille, mais peut se réveiller ensuite et donner naissance à des rechutes dont la gravité est à redouter.

Aussi, le praticien doit-il surveiller son malade, l'aiguille à la main ; il ne suffit pas d'injecter du sérum, mais il faut savoir l'employer.

Le traitement du croup par le tubage avec un fil à demeure. — M. ***Masbrenier*** (de Melun) s'appuie sur une série de cas personnels pour défendre la substitution du tubage à la trachéotomie dans le croup, même lorsque le malade ne peut être gardé par une personne spécialement entraînée. Pour éviter l'obstruction du tube, obstruction d'ailleurs exceptionnelle avec le tube de Froin, M. Masbrenier préconise, après son collègue Castelain, de Lille, l'emploi du fil à demeure qui permet à la personne la moins habituée à soigner les diphtériques de retirer le fil instantanément.

Il déplore que les étudiants ne soient pas tous exercés à

pratiquer le tubage plus facile et mieux accepté par les familles que la trachéotomie, généralement faite, pour cette raison, in extremis.

M. Louis **Martin** a depuis longtemps montré sa préférence pour le tubage en dehors des milieux hospitaliers, et trouve le procédé du fil à demeure très pratique. Mais il fait remarquer que le tube de Froin a l'inconvénient de ne pas permettre le détubage par le procédé de l'énucléation de Bayeux.

Présentation d'un malade atteint de sporotrichose. — MM. Paul **Salmon** et **Rinoy.** — Il s'agit d'un cas de gommes cutanées ayant fait croire à la tuberculose et à la syphilis. C'est la culture, très facile, du sporotrichum qui permit de préciser et le diagnostic et le traitement de l'infection.

Bases scientifiques de la bactériothérapie par les ferments lactiques : de l'emploi du bacille bulgare dans la prophylaxie et le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — M. Georges **Rosenthal** démontre qne le bacille bulgare s'oppose comme source d'acide lactique à la prolifération de l'aubémo bacille du rhumatisme. Tout en tenant compte de la complexité des phénomènes biologiques, il est logique d'utiliser le lait, bouillon ou comprimés bulgares contre la maladie de Bouillaud, d'origine probablement intestinale.

Prostatectomies transvésicales. — M. Georges Luys présente trois nouvelles pièces de prostatectomie transvésicale qu'il a opérées et ces trois cas ont été suivis de trois succès opératoires et fonctionnels.

L'auteur insiste sur les bons résultats de cette opération qui, en supprimant la sonde, rajeunit complètement les malades et les fait redevenir des hommes actifs. Ils vident complètement et spontanément leur vessie, les urines sont rendues par miction naturelle, normales, enfin, les fonctions génitales ne sont pas abolies.

Traitement de la pneumonie des vieillards par l'injection d'huile camphrée à dose massive. — MM. R. **Oppenheim** et R. **Crepin** ont appliqué au traitement de la pneumonie des vieillards une méthode récemment préconisée par Seibert, de New-York dans les injections pneumococciques de l'adulte et consistent dans l'injection sous-cutanée de doses massives d'huile camphrée.

Dans 16 cas ils ont pratiqué quotidiennement trois ou même quatre injections de 5 cc. d'huile camphrée à 20 %, soit 3 ou 4 cc. de camphre par jour. Ces injections ont toujours été parfaitement tolérées et n'ont jamais provoqué d'accidents toxiques, on a remarqué seulement que l'haleine des malades prenait quelquefois une odeur assez accusée de camphre.

Associée il est vrai à la médication usuelle (révulsion, enveloppements humides du thorax, toni-cardiaques, strychnine et dans quelques cas opothérapie surrénale) cette méthode leur a donné de bons résultats et ils lui attribuent la guérison de quelques cas qui paraissent extrêmement graves, notamment chez des vieillards de 81, 84 et 86 ans.

Les signes cliniques de l'hypertrophie du thymus. — M. **d'Oelsnitz** (de Nice) a observé quelques cas d'hypertrophie du thymus chez de jeunes enfants, donnant lieu à des accidents respiratoires continus ou intermittents, caractérisés par de la dyspnée accompagnée d'un tirage particulier, parfois de tirage sus-claviculaire prédominant, de stridor ; on a noté d'autre part de la cyanose de la face, de la tension de la fontanelle, du gonflement des veines superficielles du cou, une voussure asymétrique du plastron sterno-costal, l'atténuation des accidents par la pression susrétrosternale, l'existence d'une matité thymique, d'une ombre thymique anormale visible sur l'écran radioscopique et vérifiée sur les radiographies présentées. L'ensemble de ces signes doit faire songer à l'origine thymique des accidents et s'il y a lieu, décider l'intervention chirurgicale qui sera généralement une thymectomie partielle.

Dr E. Agasse-Lafont.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 17 février 1910.

I. — **Absence de développement du langage articulé chez un enfant de quatre ans et présentant des lésions cérébrales.** — MM. **Vallon et Rolland.**

Un cas de presbyophrénie. — MM. **Rose** et **Benon** présentent une femme de 59 ans, offrant un tableau clinique caractérisé par une amnésie d'évocation s'étendant sur toute sa vie antérieure, une amnésie de fixation absolue, avec fabulation légère, désorientation dans le temps et l'espace et accessoirement par de légers troubles du jugement et de l'affectivité (apathie légère. mais conservation des sentiments moraux). L'absence d'antécédents et de symptômes d'intoxication alcoolique, l'absence de symptômes de polynévrite, l'étendue considérable de l'amnésie rétrograde et l'importance relative des troubles intellectuels doivent faire écarter l'idée d'un syndrome de Korsakow classique, et faire porter le diagnostic de presbyophrénie de Wernicke.

M. **Dupré.** — Cette malade ne semble pas fabuler beaucoup, n'a pas de fausses reconnaissances, ne présente pas de troubles de jugement. Elle ne répond pas tout à fait à la description de Wernicke.

M. **Deny** croit que les troubles de cette malade tiennent à la fois à la presbyophrénie et à la démence sénile.

Un cas de psychasthénie délirante. — M. **Delmas** montre une malade, ancienne obsédée, qui, à l'occasion d'une recrudescence des phénomènes obsessionnels, en particulier sous forme d'onomatomanie. présente un délire polymorphe à la fois mélancolique, hypochondriaque et de persécution.

Ce délire a été directement déduit des obsessions par une sorte de raisonnement paralogique aidé par des illusions et des interprétations multiples.

M. **Dupré.** — Cette communication est très intéressante et je ne veux faire à M. Delmas qu'une objection portant sur le titret qu'il a choisi.

Pourquoi psychasthénie délirante ? Il me semble que le mo psychasthénie doit, comme le mot neurasthénie, conserver un sens restreint et signfier un épuisement psychique.

M. **Arnaud** considère cette malade comme une obsédée qui aboutit au délire.

M. **Deny** retient ce fait comme un exemple de plus de la possibilité de la transformation des états obsédants en états délirants et de l'étroite parenté de ces troubles.

Agitation motrice chronique chez une débile de 9 ans. (*Déséquilibration psycho-motrice.*) — MM. E. **Dupré et Eugène Gelma** présentent à la *Société* une petite fille de 9 ans dont l'étude est très complexe. Les troubles sont surtout caractérisés par un état d'excitation psychique à allure tout à fait *maniaque*, accompagné d'agitation motrice incessante.

Certains gestes de la malade ont une allure spéciale qui ont pu en imposer pour des *mouvements choréiques*, ou tout au moins choréiformes qui caractérisent la chorée variable des dégénérés.

Cette enfant a présenté dans le cours de son existence des attaques épileptiques et des accidents frustes comme le tic de Salaam.

La déséquilibration psychique et motrice de cette malade est une conséquence d'un lourd héritage paternel et maternel. La mère est alcoolique et fille d'alcoolique, le père est mort paralytique général et l'enfant a été conçue à la période d'état de cette affection et dans l'état d'ivresse. Cette enfant est la seule qui reste de quatre ; les trois autres sont morts d'encéphalopathies diverses (méningites, convulsions, etc.), conformément à la loi de la descendance des alcooliques : multinatalité, multimortalité.

M. **Meige** ne voit aucun mouvement choréique chez cette petite malade, c'est une turbulente, ses gestes sont voulus et coordonnés. Elle présente du strabisme et, du côté droit, des mouvements athétosiques faisant penser à une encéphalopathie.

M. **Dupré.** — J'ajoute que cette malade est gauchère, c'est une déséquilibrée motrice, comme elle est une déséquilibrée mentale.

M. **Vallon.** — Cette enfant n'a certainement pas pu être éduquée en raison de son agitation et il est donc difficile d'apprécier chez elle la débilité mentale qui n'est peut-être pas aussi accusée qu'elle le paraît.

M. **Deny.** — Il y a chez cette malade, avant tout, déséquilibre affectif et par ce chemin je la rapprocherai de l'excitation maniaque franche. Tous ces cas sont de la même famille ; disons

que ce sont des cyclothymiques. c'est le trouble affectif qui est ici fondamental et non le plus ou moins de périodicité. Ces cas s'éclairent les uns les autres. Il n'est pas étonnant que chez l'enfant ce soit le trouble moteur qui prenne toute l'importance.

M. *Ballet*. — Assimiler cet état à ceux de la psychose périodique me semble un peu osé. Les enfants instables sont légion et cette enfant est à rapprocher de ceux-ci et non de la maladie à accès qui est la psychose périodique. Le trouble a sa raison d'être dans une perturbation de l'affectivité. Mais ce n'est pas une raison pour rapprocher ces états de la cyclothimie de la psychose périodique, car alors le mot perd toute signification. C'est le cycle qui caractérise la cyclothimie. Ces enfants ne sont pas des malades à cycles, ce ne sont pas des alternants.

M. *Deny*. — Il ne faut pas prendre la signification des mots dans un sens trop étroit. Le mot cyclothimie signifie essentiellement variation de l'humeur. Il faut remarquer aussi que dans les cas comme celui-ci les accès de dépression passent en général inaperçus.

René CHARPENTIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 février 1910. — Présidence de M. BOURSIER, Président.

Nécrologie. — Le Président, M. Boursier, annonce la mort de M. Jamin, membre honoraire, et de M. Berne, ancien président de la Société, tous deux décédés récemment.

Le diagnostic de l'insuffisance pancréatique par la coprologie (*Suite*). — ***M. Marcel Labbé*** pense que l'examen histologique des fèces est insuffisant pour faire le diagnostic de l'insuffisance de la sécrétion pancréatique externe, et qu'il est nécessaire de recourir à l'examen chimique, qui seul précise le degré de l'insuffisance digestive. Il cite un cas de diabète grave où la lésion pancréatique a pu être reconnue pendant la vie grâce à l'examen chimique des fèces, et lui oppose un cas de diabète grave ou l'on avait cru, à tort, à la lésion pancréatique en se fondant sur l'examen histologique des matières fécales.

M. *Kolbé* remercie M. Marcel Labbé de ses observations intéressantes; mais il est convaincu qu'il ne sera pas aussi affirmatif plus tard, lorsqu'il aura vu l'extrême variabilité du chimisme intestinal des graisses dans les entéropathies pancréatiques, hépatiques et celles par déficit d'absorption.

Canitie et calvitie (*Suite*). — M. ***Guelpa***, en réponse à l'argumentation de M. Rœser, conteste sa division de la calvitie en trois catégories dépendant uniquement de la différence de résistance des tissus aux causes pathologiques. Il n'a pas prétendu pouvoir faire repousser les cheveux, mais il croit simplement pouvoir retarder la vieillesse du cuir chevelu en renonçant à l'hygiène pernicieuse actuelle et en employant des corps gras qui protègent le poil et la couche dermique.

M. ***Guelpa*** estime que M. Léopold-Lévi exagère en attribuant toujours à la sécrétion thyroïdienne les modifications de l'évolution pilaire.

L'analyse de certains faits présentés par lui-même, par M. Marie (de Villejuif) et M. Klotz prouvent que ce sont les glandes séminales qui exercent une influence vraiment directe sur l'évolution pilaire, l'influence thyroïdienne n'étant que secondaire à l'action génitale.

M. Guelpa répond à M. Mouchet que dans les cas où les cheveux sont naturellement gras, les massages avec les corps gras sont encore utiles ; mais qu'il est surtout nécessaire de soigner l'état général en réduisant l'alimentation, particulièrement l'alimentation azotée et alcoolisée.

M. ***Léopold-Lévi*** montre que la théorie de M. Klotz conduirait à des déductions inacceptables en ce qui concerne le myxœdème, la maladie de Basedow ; qu'elle n'est applicable qu'à la question de l'hypertrichose régionale de la puberté et en partie à celle des castrats. La glande thyroïde conserve sa prédominance directe sur le système pileux.

M. ***Marcel Sée***. — Il n'y a pas de comédon dans la séborrhée dépilante ; le comédon, rétention du sébum, par des lamelles cornées (et non par son épaississement) est la lésion initiale des acnés. Dans la séborrhée du scalp, pas de rétention, mais au contraire, émission d'une quantité exagérée du sébum (séborrhée fluente semi-liquide) ; hypertrophie des glandes par hyperfonctionnement et non pas rétention. On sait que les candidats à la calvitie ont la tête grasse, au point de les gêner.

L'expérience montre que la chute des cheveux diminue quand on enlève cette graisse nuisible, et les observateurs n'ont guère remarqué que cette chute reprenne plus forte en continuant longtemps le traitement, bien au contraire.

M. ***Klotz***. — Pour admettre le rôle trichogène de la glande thyroïde, il faudrait qu'il existât une glande thyroïde mâle et une glande thyroïde femelle, soit pour expliquer les caractères sexuels secondaires mâles, soit pour expliquer les difformités qu'on remarque à la ménopause, chez les femelles, qui prennent alors souvent le type masculin.

Oxyde de zirconcium, substance contrastante idéale pour la radioscopie de l'appareil digestif. — M. ***Kolbé*** (de Châtel-Guyon) présente *l'oxyde de zyrconcium* introduit récemment dans la radiologie de l'appareil digestif par Kaestle (de Munich).

C'est une poudre blanche sans saveur ni odeur, complètement insoluble dans l'organisme, non toxique et douée d'un pouvoir absorbant intense pour les rayons X ; elle est destinée à être substituée aux sels de bismuth, quelquefois toxiques, ainsi qu'à l'oxyde de fer non toxique, mais d'un goût et d'une couleur désagréables et constipant. L'oxyde de zyrconcium s'emploie à la dose de 75 grammes, par la bouche, et 150 à 200 grammes en lavements.

Les quatre formes cliniques types de la tuberculose rénale. — M. ***Cathelin*** montre tout l'intérêt qu'il y a à s'appuyer sur la palpation pour les diverses formes cliniques de la tuberculose rénale qu'il divise ainsi : 1° rein thoracique, haut situé, non senti, cas le plus fréquent ; 2° rein thoracique, haut situé, à forme douloureuse, tenant aux calculs des cavernes et à une sorte *d'hydrops tuberculosus* ; 3° la grosse coque des pyonéphroses qu'on sent en général bien. Toutes les formes cliniques autres peuvent facilement rentrer dans ees formes types.

M. ***Ozenne*** expose en quelques mots l'observation d'un homme de 40 ans atteint il y a 10 ans de double épididymite tuberleuse, traitée et guéric par les injections de chlorure de zinc. L'état général était bon, lorsque ce malade fut pris. l'année dernière, d'une douleur profonde, peu intense, dans la région lombaire gauche. Le rein, à la palpation, était un peu augmenté de volume. Rien d'anormal dans l'urine. Prostate non douloureuse, de volume normal. Au bout de quelques jours, il se produisait une amélioration puis, après quelques semaines, une rechute et l'examen des urines firent découvrir dans ce liquide des bacilles de Koch. On se propose de pratiquer le cathétérisme des uretères pour élucider le point d'origine des bacilles (rein ou prostate).

M. ***Boursier***. — La communication de M. Cathelin est très intéressante et à mon avis un peu trop systématique. Le diagnostic de la tuberculose rénale n'est pas toujours aussi facile qu'il l'a indiqué d'une façon aussi magistrale.

Appendicite aiguë suppurée, suivie de pneumonie double, d'éventration et d'éviscération par effort de toux, de pleurésie purulente, d'une double perforation cæcale avec double anus contre nature. — M. ***Dartigues*** rapporte le cas d'une appendicite aiguë suppurée, suivie de pneumonie double, d'éventration et d'éviscération par effort de toux, de pleurésie purulente, d'une double perforation cœcale avec double anus contre nature. Opérations successives : laparotomie et appendicectomie, résection costale et pleurectomie ; cure radicale et double anus cœcoiliaque.

Guérison complète. Le Dr Delpeut, médecin du malade, injecta à même la plèvre une solution d'électrargol, qui semble avoir nettement combattu l'infection pleurale persistant après la pleurectomie.

M. ***Péraire*** demande à M. Dartigues par quel procédé il a fait ses sutures de la paroi abdominale, car il est excessivement rare d'avoir une éventration lorsque la suture est faite sur 3 plans.

Traitement des maux perforants diabétiques par la douche d'air chaud. — M. ***Dausset*** a traité avec succès trois cas de maux perforants plantaires d'origine diabétique. Le premier datant de 4 mois, le second, de 6 ans, le troisième de 2 ans. Après un

mois de traitement environ, la cicatrisation était obtenue. A noter que, chez l'un des malades, l'ablation du gros orteil avait été faite pour un premier mal perforant jugé inguérissable; que chez le second malade, l'intervention radicale avait été jugée nécessaire. L'air chaud a eu raison de ces deux cas. De même que pour les gangrènes diabétiques, pour la guérison des maux perforants plantaires, nous possédons dans l'air chaud un agent thérapeutique de grande valeur.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 25 février.

Les injections intra-articulaires dans les tumeurs blanches.— M. *Barbarin* est partisan des injections intra-articulaires seulement dans les tumeurs blanches de l'adolescent ou de l'adulte qui guérissent difficilement par l'immobilisation simple et aussi dans certaines formes à évolution rapide chez l'enfant. En général chez celui-ci il n'y a aucun profit à faire ces injections au début des tumeurs blanches et on obtient 75 à 80 % de guérisons par l'immobilisation compressive très serrée.

Opération conservatrice dans un ostéo-sarcome. — M. *Ramonède* présente un rapport sur une observation de M. Bilhaut. Il s'agit d'un ostéo-sarcome ayant envahi les deux tiers inférieurs du tibia avec atteinte des parties molles. L'amputation ayant été refusée, on pratiqua un simple curettage qui est suivi d'une guérison parfaite maintenue depuis 10 ans.

Trépanation pour épilepsie jacksonnienne traumatique. — M. *Ramonède* présente un rapport sur un travail de M. Bilhaut. Dans 3 cas d'épilepsie jacksonienne, M. Bilhaut, resté fidèle au trépan, fut assez heureux pour obtenir des guérisons complètes au moyen de cette opération limitée et il faut bien le dire, un peu primitive ; chez l'un des opérés on peut même observer une amélioration évidente des facultés intellectuelles.

Un cas de blessure de l'uretère. — M. *Huguier* communique l'observation d'une malade sur laquelle il déchira l'uretère droit pendant les manœuvres de décortication d'une salpingite très adhérente à la paroi latérale de l'excavation pelvienne. Il ne s'aperçut de la blessure du conduit que plusieurs jours plus tard, par l'apparition de symptômes toxi-infectieux et d'une poche d'infiltration d'urine sous le péritoine de la fosse iliaque. La poche incisée, tous les accidents cessèrent brusquement mais il persista une fistule urinaire. Après avoir tenté à plusieurs reprises sa cure par la sonde urétérale à demeure, il dut, 6 mois après l'opération, pratiquer la néphrectomie. Guérison parfaite.

M. *Ozenne* cite l'observation d'une jeune fille opérée il y a 18 mois pour un hydrosalpinx très adhérent. Vers le 8e au 10e jour après l'opération, léger suintement sanguin par un des points de l'incision, puis le 23e jour apparition d'urine dans le suintement sanguinolent. Le cathétérisme urétéral montre une perforation du conduit à 10 cent. de la vessie ; on se décide pour la néphrectomie. Guérison.

Un cas de cholécystotomie idéale. — M. *Delaunay* communique un cas de cholécystotomie pour calcul biliaire unique avec parois vésiculaires normales. La vésicule est complètement fermée par deux surjets et réduite. Drainage périvésiculaire à la gaze pendant 48 heures. Guérison.

M. *Péraire*, dans 2 cas où les indications étaient les mêmes, a employé la même technique avec deux guérisons.

M. *Reblaud*. — La récidive de la lithiase est assez fréquente à la suite de la cholécystotomie idéale, ce qui lui fait préférer le drainage d'emblée de l'hépatique après cholécystectomie.

Présentations de pièces. — M. *Delaunay* présente un gros fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure de la paroi sus-vaginale du col.

M. *Le Bec* présente un appendice qui était intimement adhérent à l'ovaire droit et un utérus enlevé par voie vaginale qui présentait une longue hypertrophie intravaginale du col.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas-Manuel de Chirurgie opératoire, par le professeur O. Zuckerkandt, 4e édition par A. Mouchet, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur s'est appliqué à présenter sous une forme concise les procédés opératoires aujourd'hui généralement adoptés. Après une étude générale sur la position de l'opéré, la section des tissus, l'hémostase et la suture des plaies, il traite successivement des opérations sur les membres (ligatures, amputations, désarticulations, résections), sur la tête, le cou, le thorax, le bassin, les voies urinaires, les organes génitaux, l'anus, le rectum.

Les nombreuses additions de M. Mouchet sur les procédés opératoires les plus usités en France en font un livre nouveau et original. Complet dans sa précision, pratique dans son ordonnance, clair dans ses prescriptions, ce volume a sa place indiquée dans les bibliothèques des étudiants et des praticiens ; et ce en qui augmente encore la valeur, ce sont les nombreuses figures intercalées dans le texte et les planches hors texte en couleurs.

Cette 4e édition a été considérablement accrue et rajeunie par M. Mouchet qui a fait à l'œuvre déjà très complète et très copieusement illustrée de Zuckerkandt de nombreuses additions de texte et de figures.

C'est un exposé concis de toute la chirurgie opératoire. Une série d'opérations, telle que la ponction lombaire, la ponction cérébrale, l'hémostase des membres inférieurs par le Momburg, l'anastomose spino ou hypoglosso-faciale sont mises au point ; les additions de M. Mouchet portent principalement sur les ligatures et amputations, l'astragalectomie, les opérations pour pieds bots et pieds plats, les opérations plastiques de la face, le tubage, les techniques pour becs-de-lièvre, appendicite, pylorectomie, orchidopexie, etc.

Par la clarté du plan, par la simplicité de l'exposition, par la multiciplicité des figures, *l'Atlas-Manuel de chirurgie opératoire* de Zuckerkandt-Mouchet est vraiment le livre des étudiants, c'est aussi un manuel que les praticiens et les chirurgiens de métier consulteront avec avantage. M. le professeur Quénu a bien voulu le prendre sous son patronage et le recommander au public français.

A. S.

Recrutement de l'armée. Du choix des conscrits. Indices de robusticité physique. Utilisation méthodique du contingent. Service armé. Service auxiliaire. Dépôts de viriculture extra-régimentaires pour les malingres. par le Dr Bonnette. 1 volume in-18 jésus, cartonné toile, de 180 pages, avec figures dans le texte. (O. Doin et fils, éditeurs. 3 fr.)

Le choix des conscrits est une mission délicate qui demande beaucoup d'expérience et de science. Mais *errare humanum est* surtout pour les hommes qui sont « à la limite » de l'aptitude physique. Aussi rien n'est plus sage que d'interroger les indices numériques de robusticité (Tartière, Pignet) de ces douteux pour lesquels l'armée s'est toujours montrée inhospitalière.

La notion de ces indices numériques, l'utilisation des malingres dans des pelotons de robustification intra ou extra-régimentaires, sont autant de faits nouveaux d'hygiène sociale qui sont répandus dans de nombreux opuscules.

Aussi M. le médecin-major Bonnette a-t-il fait œuvre utile en condensant ces notions éparses, en les vulgarisant dans un style clair et dans une conception bien adaptée au courant des idées modernes.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Rhino-pharyngologie

Considérations relatives au diagnostic et au traitement des polypes naso-pharyngiens (1) ;

Par M. ROUVILLOIS,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les observations de polypes naso-pharyngiens deviennent une rareté à la Société de Chirurgie. Ce n'est pas que la question soit épuisée et que, malgré les nombreuses discussions déjà un peu anciennes de la Société, il n'y ait rien à ajouter à leur histoire. La véritable raison en est que la plupart des malades porteurs de cette lésion sont examinés et opérés par des chirurgiens spécialisés. Or, nous devons d'autant moins nous désintéresser de cette affection que, si parfois son traitement est facile, il est souvent hérissé de difficultés qui peuvent conduire à la pratique d'opérations graves et étendues dont le pronostic est toujours réservé.

Nous avons récemment observé un malade dont l'histoire nous a paru donner lieu à quelques remarques relatives au diagnostic et au traitement des polypes naso-pharyngiens ; mais avant de les exposer voici d'abord l'observation du malade.

P..., jeune soldat, entre le 15 novembre 1909, à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de mon maître M. le professeur Sieur, pour une gêne considérable de la respiration nasale remontant à 5 ans et qui serait apparue à la suite d'un coup de pied de cheval reçu sur le nez. Malgré le trouble apporté par la lésion à la fonction respiratoire et à la parole, ce malade, peu soigneux et vivant au milieu des champs, s'est accommodé de la véritable infirmité dont il est porteur.

Actuellement, la respiration est bruyante ; il ne parle qu'avec difficulté, d'une voix fortement nasonnée, et il s'essouffle au moindre effort.

L'examen extérieur du nez montre une dépression de la partie latérale gauche de l'organe dont les os propres sont déjetés vers la droite et présentent une courbure très accusée à convexité droite.

A la rhinoscopie antérieure, nous trouvons :

A gauche, un volumineux cornet inférieur obstruant en grande partie la fosse nasale correspondante.

A droite, la cloison présente une forte convexité, au niveau de laquelle elle est adhérente à la tête du cornet inférieur ; un stylet peut être introduit au-dessus et au-dessous de la synéchie.

Dès l'ouverture de la *bouche*, nous constatons que le voile du palais est considérablement refoulé en avant par une tumeur arrondie, du volume d'une petite mandarine, dont le pôle inférieur correspond à la partie moyenne de la luette. Cette tumeur dure et mobile occupe toute la cavité du naso-pharynx. Un stylet recourbé peut en faire le tour complet, de sorte qu'elle ne présente aucune adhérence ni au voile, ni à la paroi postérieure, ni aux parois latérales du cavum.

Au toucher naso-pharyngien, la tumeur semble s'insérer au niveau de l'apophyse basilaire sur une étendue d'une pièce de un franc environ.

Dans la région *sous-maxillaire*, à droite et à gauche, nous trouvons de petits ganglions d'origine strumeuse et n'ayant pas de rapport avec la tumeur.

Le diagnostic de polype naso-pharyngien s'imposait. L'ablation par les voies naturelles était la seule opération raisonnable, étant données la petitesse apparente du édicule et l'absence de prolongement volumineux dans les cavités voisines, abstraction faite d'un prolongement nasal probable, mais peu important. L'implantation de la tumeur paraissant basilaire, le procédé de la rugination avec l'instrumentation d'Escat semblait indiquée.

Je pratiquai *l'intervention le* 18 *novembre* 1909 avec l'aide de M. Sieur, qui avait bien voulu me confier ce malade.

Après anesthésie locale des fosses nasales avec des mèches de gaze imprégnées d'une solution de cocaïne à 5 pour cent, et du naso-pharynx par des badigeonnages avec la même solution, je passai un tube de caoutchouc par le nez et le fis sortir par la bouche. Je fixai les deux chefs avec une pince hémostatique de façon à refouler en avant le voile du palais et à éviter sa lésion au cours de l'intervention. Le malade étant couché, tête basse, la bouche largement ouverte, je saisis la tumeur avec une pince de Museux que je confiai à un aide. Je ruginai alors rapidement d'arrière en avant la voûte pharyngée avec la rugine courbe d'Escat en conservant toujours le contact avec le squelette.

Ceci fait, je saisis ce qui restait du pédicule avec la pince d'Escat et pus extraire le polype par une traction légère.

L'intervention avait duré à peine une minute. Malgré un tamponnement naso-pharyngien très serré, l'hémorrhagie immédiate fut très abondante et nous donna même quelques inquiétudes, car le malade eut une syncope qui nécessita des injections d'éther et d'huile camphrée.

La tumeur paraissait extraite en totalité. Comme vous pouvez le constater, si l'on tient compte de la rétraction due au séjour dans le liquide conservateur, elle avait le volume d'une petite mandarine et présentait en avant un prolongement nasal réalisant le moule de la partie postérieure de la fosse nasale droite. Le pédicule du polype semblait assez étroit et j'avais tellement la conviction d'avoir tout enlevé que je jugeai inutile de pratiquer un examen complémentaire du cavum.

Dès que la syncope post-opératoire fut terminée, l'hémorrhagie s'arrêta et le malade passa la journée et la nuit dans d'excellentes conditions.

Le lendemain 19 *novembre*, une nouvelle hémorrhagie avec tendances à la syncope étant survenue après l'enlèvement du tampon naso-pharyngien, je refis un nouveau tamponnement serré.

Le lendemain 20 *novembre*, l'hémorrhagie est arrêtée, de sorte que je juge inutile de laisser un tamponnement à demeure.

Les jours suivants, l'état du malade est excellent, il commence à manger des aliments solides et il nous fait part de sa joie d'être débarrassé de la tumeur qui, depuis 5 ans, altérait sa voix et gênait sa respiration.

Dans la nuit du 24 au 25 novembre, il est pris brusquement d'une hémorrhagie extrêmement abondante. Le médecin de garde appelé aussitôt pratique un tamponnement du naso-pharynx et fait des injections de sérum artificiel et d'huile camphrée. Je le vois quelques heures après, très affaibli avec tous les signes de l'anémie aiguë. Le sang étant arrêté, je laisse encore en place le tampon naso-pharyngien et fais pratiquer, dans la journée, une injection de deux litres de sérum artificiel.

26 *novembre*. — La situation est sensiblement la même, c'est à-dire assez précaire ; le tamponnement naso-pharyngien est renouvelé et ne détermine aucune hémorrhagie nouvelle. Les injections de sérum artificiel sont continuées.

27 *novembre*. — Dans la matinée, l'état du malade semble meilleur, l'hémorrhagie ne se renouvelle pas au moment de l'ablation du tamponnement, mais à onze heures du soir, il est pris brusquement d'une nouvelle hémorrhagie. Celle-ci est d'autant plus abondante que le tamponnement naso-pharyngien a été expulsé et que le malade fait des efforts violents de toux qui favorisent l'écoulement sanguin.

Le médecin de garde appelé aussitôt renouvelle le tamponnement et institue le traitement d'urgence de l'anémie aiguë.

L'état du malade semble s'améliorer pendant quelques heures ; mais bientôt il commence à s'agiter, puis tombe plusieurs fois en syncope et meurt à 7 h. et 1/2 du matin.

A l'autopsie, le cadavre présente un état de pâleur extrême. Tous les organes sont absolument exsangues et décolorés, mais ne présentent aucune lésion appréciable. Seul, le corps thyroïde est volumineux, mais n'a jamais déterminé de symptôme de compression pendant la vie du malade.

Nous enlevons en un seul bloc la base du crâne, le naso-pharynx et la partie postérieure des fosses nasales de façon à en faire des coupes. Le naso-pharynx ne contient que quelques petits caillots adhérents au niveau de sa voûte. La cloison est for-

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie dans la séance du 23 février.

tement refoulée du côté gauche et se trouve pour ainsi dire accolée à la paroi externe de la fosse nasale.

La surface rugueuse correspondant au point où la tumeur a été ruginée répond à la paroi inférieure du sinus sphénoïdal droit, à la base de l'apophyse ptérygoïde droite et au côté droit de la partie la plus reculée de l'articulation voméro-sphénoïdale. Au centre de cette surface dénudée se trouve un petit orifice semblant aboutir à la cavité sinusale (Fig. 1).

Une coupe antéro-postérieure pratiquée un peu à droite de la ligne médiane et passant par l'insertion du polype permet de mieux préciser encore cette insertion. La paroi inférieure du sinus sphénoïdal droit est complètement détruite ; le sinus est rempli par un prolongement de la tumeur qui s'est moulé pour ainsi dire dans sa cavité qu'il a dilatée notablement. Ce prolongement adhère au pourtour de la paroi inférieure du sinus, mais est complètement libre dans la cavité de ce dernier. En avant il existe un petit prolongement venant s'insinuer dans les cellules ethmoïdales postérieures ; il représente la partie la plus antérieure du pédicule. Sa partie la plus postérieure répond à la naissance même de l'apophyse basilaire de l'occipital qui est complètement indemne. Sa partie latérale droite s'arrête à la base de l'apophyse ptérygoïde et sa partie latérale gauche est limitée par la face droite du bord postérieur de la cloison. L'insertion de la tumeur est donc unilatérale (côté droit).

Les méninges et le cerveau sont absolument indemnes (Fig. 2.)

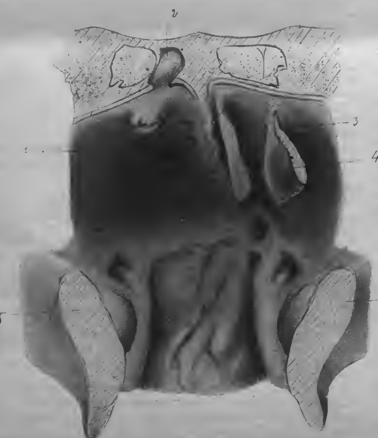


Fig. 1.— 1. Surface rugueuse d'insertion du polype à la paroi inférieure du sinus sphénoïdal droit. — 2. Prolongement ethmoïdal postérieur. — 3. Partie postérieure et supérieure de la cloison. — 4. Partie postérieure du cornet moyen gauche. — 5. Voile du palais sectionné sur la ligne médiane.

Cette observation d'un malade dont l'issue fatale nous a vivement impressionné nous a frappé par la découverte, à l'autopsie, d'un prolongement dans le sinus sphénoïdal qui n'avait déterminé aucun signe avant l'intervention et dont l'existence, passée inaperçue, a été la cause de l'hémorrhagie et de la mort. C'est pourquoi, nous avons fait à ce sujet quelques recherches dont nous essayerons de tirer un enseignement, au point de vue anatomique, clinique et opératoire.

Au point de vue anatomo-clinique, la présence d'un prolongement dans le sinus sphénoïdal, sans être fréquente, n'est pas une rareté : les *Bulletins de la Société de Chirurgie* depuis l'année 1860 en contiennent une quinzaine de cas. Mais dans la plupart d'entre eux, il existait soit des signes de compression évidente, soit des prolongements volumineux et multiples dans les régions voisines qui pouvaient au moins faire songer à la possibilité d'un prolongement sinusal.

C'est ainsi que le malade opéré par Nélaton en 1860 (*in* thèse de Gandt, 1866) présentait de l'exorbitisme de l'œil gauche avec paralysie complète de la troisième paire. La pupille était dilatée et la vue complètement abolie. L'examen ophtalmoscopique permettait de constater une atrophie notable de la papille gauche. Nélaton expliquait l'amaurose de ce malade par l'introduction du polype dans le sinus sphénoïdal.

L'autopsie confirma ce diagnostic.

Le malade de M. Le Dentu (Société de Chirurgie, 1881) présentait une cécité presque complète avec une double exophtalmie. Il fut d'abord amélioré à la suite d'une première intervention, mais



Fig. 2. — 1. Prolongement dans le sinus sphénoïdal droit. — 2. Prolongement ethmoïdal postérieur.

les mêmes symptômes de compression réapparurent bientôt. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, Le Fort émit l'opinion qu'il s'agissait d'un prolongement dans le sinus sphénoïdal.

La malade dont M. Jacques a rapporté l'observation en 1908 au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie présentait une cécité complète occasionnée par un prolongement sphénoïdal qui avait mis à nu la dure-mère.

Le malade dont M. Texier a rapporté l'observation au même congrès présentait une céphalée persistante et une somnolence continuelle ; il avait également un prolongement dans le sinus sphénoïdal.

Dans un autre groupe d'observations, qui sont les plus nombreuses, il n'existait pas de signes fonctionnels per-

mettant de poser un diagnostic ferme, mais il était facile de constater la présence de prolongements volumineux et multiples, non seulement dans le nez, mais aussi dans les autres cavités voisines (sinus maxillaire, orbite, fosses ptérygo-maxillaire, zygomatique, temporale, etc.). C'est le cas des observations de Richet (in thèse de Gand 1866), d'Huguier (Société de chirurgie 1860), de Deguise (1861), de Legouest (1864), d'A. Guérin (1865), de Verneuil (1870 et 1884), de M. Lannelongue (1873), de M. Bousquet (1889), de M. J.-L. Faure (1904).

Les cas dans lesquels le prolongement sphénoïdal n'a déterminé aucun signe fonctionnel et ne s'accompagnait d'aucun autre prolongement nous ont paru beaucoup plus rares. Nous n'en avons retrouvé que deux observations dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* depuis 1860. Elles appartiennent à Letenneur (1869).

M. Jacques, en 1908 (Congrès français d'oto-rhino-laryngologie), en a rapporté deux nouveaux cas dans lesquels il existait un prolongement sphénoïdal que rien ne pouvait faire soupçonner.

Dans ces quatre cas, la tumeur ne déterminait aucun trouble fonctionnel, elle ne possédait qu'un prolongement nasal assez peu volumineux, de sorte que le prolongement sphénoïdal a été une surprise opératoire.

Chez notre malade également, il n'existait aucun signe fonctionnel et aucun prolongement autre que celui du nez. La tumeur était bien mobile; son pédicule, quoique imprécis paraissait plutôt mince et devoir être facilement saisi, de sorte que le prolongement sphénoïdal est resté insoupçonné jusqu'à l'autopsie.

Ces cas de pénétration de polypes naso-pharyngiens dans le sinus sphénoïdal sont d'autant plus intéressants que l'envahissement du sinus n'est que la première étape d'une pénétration intra-cranienne et il semble que cette dernière ne soit pas exceptionnelle.

M. Gaudier a rapporté au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie de 1909 un cas de pénétration intra-cranienne ayant évolué par usure du corps du sphénoïde et à ce propos, il rapporte quelques cas analogues. D'après ses recherches, un tiers des cas de prolongements intra-craniens reconnaissent pour mécanisme l'usure du sinus sphénoïdal. Il signale même cette particularité importante que le plus souvent (23 fois sur 29) la constatation d'un prolongement cranien a été une trouvaille d'autopsie.

Ces faits sont, croyons-nous, de nature à nous rendre très circonspects, non seulement dans le pronostic éloigné des polypes naso-pharyngiens, mais aussi dans leur pronostic immédiat ; car, comme le dit fort justement M. Sebileau à la suite d'une observation de M. Chavasse (1902) :

« Je crois qu'en dehors des cas vraiment simples, il ne « faut jamais donner comme certainement bénigne l'ex- « traction extemporanée des fibromes naso-pharyngiens, « car il y a des dispositions anatomiques qui déjouent la « main la plus habile ».

La question des prolongements sphénoïdaux latents des polypes naso-pharyngiens semble avoir pour corollaire immédiat celle de l'implantation précise de ces tumeurs.

Verneuil disait en 1860 : « Malgré les efforts des anatomo-pathologistes modernes, nos connaissances sur l'insertion des polypes naso-pharyngiens sont très incomplètes encore et n'ont nullement cette précision si désirable pour guider la chirurgie et la médecine opératoire.»

Or, malgré les nombreux travaux parus sur ce sujet, il ne semble pas que la question soit définitivement tranchée. Nélaton, dans la thèse de son élève Robin Massé (1864), admet que ces tumeurs fibreuses ont un point d'implantation fixe, c'est le périoste très épais qui recouvre la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital et du corps du sphénoïde.

Cette assertion est, depuis longtemps déjà, considérée comme trop absolue, car très nombreuses sont les observations dans lesquelles l'insertion basilaire est la moins importante ou même n'existe pas du tout, comme dans celles d'Huguier (1860), de Verneuil (1860), de Deguise (1861), de Boeckel (1879), de M. Quénu (1894), qui ont été rapportées à la Société de chirurgie.

La nôtre en est également un exemple probant.

Dans presque tous les cas où l'insertion basilaire était associée à d'autres ou bien n'existait pas, c'est toujours à la partie postérieure des fosses nasales, sur l'ethmoïde, sur le sphénoïde, sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, sur le bord postérieur de la cloison, en un mot au pourtour des choanes que l'insertion a été mentionnée. La lecture des *Bulletins* de la Société depuis 1860 nous a permis de relever 19 observations de polypes naso-pharyngiens ayant une insertion autre que l'apophyse basilaire. Leur analyse nous a permis de trouver douze insertions à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, neuf au vomer, cinq au sphénoïde, trois à l'ethmoïde et trois au tissu fibreux du trou déchiré antérieur.

A ces observations, nous pourrions en ajouter d'autres puisées dans les *Bulletins* et dont la lecture ne laisse pas beaucoup de doutes sur l'implantation de la tumeur.

C'est ainsi qu'Ollier (1873), après une intervention pour polypes naso-pharyngiens, crut avoir ouvert le crâne ; il se rendit compte que la cavité qu'il avait ainsi ouverte ne possédait que des parois osseuses.

Pamard (1875) opère un polype naso-pharyngien dont il localise l'implantation à l'apophyse basilaire. Au cours de l'intervention, il découvre dans la voûte pharyngienne deux excavations qui paraissent avoir été creusées par le polype et où ses racines s'étaient comme implantées.

M. Delorme (1893) opère un polype dont l'implantation lui semble être à l'apophyse basilaire. Quelques mois plus tard, il trouve l'apophyse basilaire perforée et un prolongement sous-dure-mérien.

N'est-il pas probable que dans ces trois cas, la cavité dont il s'agit est en réalité le sinus sphénoïdal dont la paroi inférieure servait d'implantation à la tumeur ?

Les insertions antérieures de polypes naso-pharyngiens semblent d'ailleurs de plus en plus fréquentes dans les observations récentes.

M. Potherat, à propos d'un cas observé par lui, affirme les avoir fréquemment observées.

M. Moure, M. Escat, et la plupart des spécialistes, les considèrent aujourd'hui comme la règle.

M. Jacques a rapporté en 1908 au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, six observations personnelles dans lesquelles il n'avait relevé aucune insertion basilaire et où l'implantation a été constamment ethmoïdo-sphénoïdale. Pour lui, les fibromes naso-pharyngiens seraient donc plutôt des tumeurs primitivement nasales que pharyngiennes. Cette localisation du point de départ expliquerait ainsi facilement l'envahissement précoce des cavités sinusales annexes : cellules ethmoïdales, sinus maxillaires et sinus sphénoïdaux. A la suite de sa communication, plusieurs spécialistes sont venus apporter des observations analogues.

Entre l'opinion des anciens chirurgiens et celle qui semble prévaloir de plus en plus aujourd'hui parmi les spécialistes, nous n'aurions garde de faire un choix, car il est probable que l'une et l'autre ont une part de vérité.

✦

Nous croyons néanmoins que l'insertion basilaire est loin d'être la règle et nous nous demandons même si elle n'est pas l'exception.

D'ailleurs, la question n'est pas aussi simple à résoudre qu'elle le semble au premier abord, car il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de délimiter avec précision l'insertion exacte de la tumeur. Cette précision est d'autant plus difficile, que, comme le fait remarquer M. Jacques, l'évolution du polype modifie profondément l'anatomie de la région et efface peu à peu la démarcation qui existe entre les fosses nasales et le rhino-pharynx. C'est pourquoi nous sommes persuadé que dans un grand nombre de cas n'ayant pas subi un contrôle minutieux post-opératoire ou n'ayant pas été examinés sur la table d'autopsie, l'insertion basilaire mentionnée dans l'observation n'existait pas ou n'était qu'une simple adhérence de la tumeur à l'apophyse basilaire. Nous croyons volontiers que les observations d'Ollier, de Pamard et de M. Delorme sont dans ce cas.

Dans le nôtre, avant l'intervention, le polype paraissait avoir un pédicule étroit, prenant insertion sur l'apophyse basilaire et si le malade n'avait pas succombé, nous n'aurions peut-être pas cherché à contrôler avec précision son point d'implantation. Or, il est facile de se rendre compte que l'apophyse basilaire est absolument indemne. L'insertion se trouve au niveau du bord postérieur du vomer dans l'ethmoïde postérieur, à la face interne de l'apophyse ptérygoïde, et dans la paroi inférieure du sinus sphénoïdal du côté droit.

Ce cas à l'état isolé n'a évidemment qu'une valeur minime ; mais associé aux nombreuses observations déjà publiées dans les travaux récents, il en acquiert une beaucoup plus grande.

Au point de vue *histologique*, M. le médecin aide-major Combe, après avoir soumis l'examen de la préparation à M. le Professeur Vincent, nous a remis la note suivante :

« La tumeur est tapissée par un épithélium cylindri-
« que. Le derme de la muqueuse est infiltré de cellules
« embyonnaires nombreuses ; à ce niveau, les vaisseaux
« ont subi un processus d'endo-péri-artérite assez avancé.

« Le tissu de la tumeur comprend :

« 1° Des vaisseaux sanguins aux parois nettement défi-
« nies, de dimensions variables, extrêmement nombreux et
« peu espacés.

« 2° L'élément vasculaire prédomine sur l'élément
« fibreux. Il s'agit donc d'un *angio-fibrome* naso-pha-
« ryngien. »

Cette variété de fibrome vasculaire paraît être assez fréquente. Nous l'avons trouvée mentionnée : dans un cas de Verneuil, dans un cas de Bœckel et dans trois cas de MM. Picqué, Quénu et Le Dentu.

Malheureusement, une grande partie des observations publiées ne contiennent pas d'examen histologique, de sorte qui n'est pas possible d'établir la fréquence relative de cette variété de fibrome.

Au point de vue opératoire, l'observation de notre malade nous engagera dorénavant à n'employer la méthode de la rugination qu'avec beaucoup de réserve et à lui préférer celle de l'arrachement, comme le conseille M. Sébileau. La rugination, corollaire de la notion de l'implantation basilaire, laisse fatalement en place les prolongements cachés de la tumeur, tandis que l'arrachement les extirpe souvent en même temps que la tumeur principale. Il est probable que si, dans notre cas, nous avions employé l'arrachement, nous aurions enlevé du même coup le prolongement sphénoïdal dont l'hémorrhagie consécutive a été la cause principale de la mort.

Nous ne parlons pas à dessein des opérations préliminaires destinées à aborder la tumeur, car il est évident que, selon son volume, il est toujours utile de recourir soit à la voie palatine avec ou sans résection osseuse, soit à la voie naso-maxillaire qui remplace avantageusement les délabrements considérables de l'abaissement du nez d'Ollier, ou de la résection du maxillaire supérieur.

Dans le cas de notre malade, nous n'avons pas cru devoir employer une voie artificielle. Nous ne sommes pas d'ailleurs persuadé qu'une opération préliminaire nous eût fait à coup sûr apercevoir le prolongement sphénoïdal, car l'hémorrhagie a été si considérable qu'une fois la tumeur enlevée en quelques secondes, le traitement de l'hémorrhagie immédiate a fait reléguer au second plan l'examen complémentaire du cavum. Nous l'avons d'autant plus négligé qu'à aucun moment nous n'avions pensé à la possibilité d'un prolongement intra-sphénoïdal.

C'est pourquoi nous nous rallions très volontiers à l'idée de faire précéder l'ablation des polypes naso-pharyngiens un peu volumineux, dont l'insertion est toujours douteuse, de la ligature préalable des deux carotides externes.

Verneuil préconisait déjà ce procédé. M. Quénu l'a recommandé en 1893 et l'a employé avec succès. M. Sieur, l'année dernière, a eu recours à cette méthode et n'a eu qu'à s'en louer.

Nous n'avions pas jugé à propos de l'employer chez notre malade, parce que l'opération semblait devoir être rapide et complète d'emblée. Or, il est probable qu'elle eût diminué dans de notables proportions l'hémorrhagie primitive et l'hémorrhagie secondaire qui a été la cause de la mort.

De tout ce qui précède, nous ne voulons tirer aucune conclusion ferme puisque les remarques que nous avons faites n'ont été exposées qu'à l'occasion d'un fait unique. Néanmoins, les observations similaires que nous avons rassemblées peuvent nous autoriser à proposer les conclusions suivantes :

1° L'insertion des polypes fibreux naso-pharyngiens est très souvent éthmoïdo-sphénoïdale. L'insertion basilaire semble de plus en plus exceptionnelle dans les observations récentes. Ne serait-elle pas l'exception ?

2° Il existe des cas, impossibles à diagnostiquer, dans lesquels un prolongement ethmoïdal ou sphénoïdal, avant-coureur d'un prolongement intra-cranien, vient assombrir considérablement le pronostic immédiat et éloigné des interventions les plus simples.

3° La méthode de l'arrachement paraît supérieure à celle de la rugination.

4° La ligature des deux carotides externes est tout particulièrement recommandée pour l'hémostase immédiate et secondaire en cas de prolongement passé inaperçu.

Anatomie

Les ligaments du foie chez l'homme ;

Par G. PIQUAND,
Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Les descriptions classiques des ligaments formés par le péritoine autour du foie ne nous paraissent pas complètement en rapport avec la disposition exacte de ces ligaments : d'une part en effet, les traités classiques ne décrivent pas et se bornent à signaler comme exceptionnelles

certaines formations que la dissection nous montre cependant exister sur la plupart des sujets ; d'autre part, ils réunissent sous le nom de ligament coronaire plusieurs parties qui nous paraissent complètement différentes à la fois par leur mode de développement et par leur disposition définitive.

Au cours du développement, le foie apparaît sous forme d'un diverticule intestinal qui s'enfonce dans l'épaisseur du mésogastre antérieur, et divise ainsi le mésogastre en deux portions l'une pré, l'autre rétro-hépatique. Lors de la formation de la cavité hépato-entérique, la portion rétro-hépatique du mésogastre est clivée en deux lames : l'une droite (méso-hépato-cave) est étendue de l'ébauche hépatique à la paroi dorsale et contient dans son épaisseur le rudiment de la veine cave inférieure ; l'autre gauche (mésogastre proprement dit) renferme dans son épaisseur le renflement gastrique et l'anse duodénale qui le divisent en deux parties, l'une postérieure (mésogastre postérieur), l'autre antérieure (ligament hépato-entérique). Le foie se trouve ainsi pourvu de trois ligaments : l'un antérieur et supérieur représente la partie du mésentère ventral qui n'a pas été envahie par le développement du foie et qui l'unit intimement au diaphragme primaire ; les deux autres postérieurs (méso-hépato-cave et ligament hépato-entérique) résultent du clivage du mésogastre rétro-hépatique lors de la formation de la cavité hépato-entérique.

Cette disposition générale persiste ultérieurement en ne présentant que des modifications de détail, la partie antérieure non clivée du mésogastre formant le ligament suspenseur du foie, et les deux ligaments postérieurs formant : le gauche, l'épiploon gastro-hépatique ; le droit, le méso-hépato-cave.

Les modifications apportées à la distribution primitive résultent : 1° *du développement considérable du foie en arrière* et à droite, développement qui a pour résultat de diminuer considérablement les dimensions du méso-hépato-cave et de reporter le foie au-dessus et à droite de l'estomac ; 2° *de la rotation de l'estomac et du duodénum* par suite de laquelle l'insertion inférieure de l'épiploon gastro-hépatique tend à devenir transversale ; 3° *enfin du développement du lobe de Spiegel* qui repousse l'épiploon gastro-hépatique, modifiant sa ligne d'insertion dont la partie inférieure devient transversale et est repoussée sur la face inférieure du foie en avant du lobe de Spiegel, tandis que la partie supérieure conserve à peu près sa direction primitive le long du bout gauche de ce lobe.

1° Ligament suspenseur du foie. — Des trois ligaments primitifs du foie, le ligament suspenseur présente peu de modifications ultérieures ; il se borne à s'allonger et à s'amincir progressivement à mesure que le foie se détache davantage de son adhérence primitive au diaphragme ; nous n'avons rien à modifier à son sujet aux descriptions classiques, faisant seulement remarquer qu'au niveau de son extrémité postérieure, les deux feuil-du ligament s'écartent pour se continuer, le droit avec le feuillet droit du méso-hépato-cave, le gauche avec le feuillet gauche de l'épiploon gastro-hépatique, conservant ainsi la disposition prise lors du clivage du mésogastre par le développement de la cavité hépato-entérique.

2° Ligament gastro-hépatique.— Le ligament gastro-hépatique présente également assez peu de modifications : en haut il s'insère, suivant la description classique, d'abord sur la face inférieure du foie suivant une ligne transversale répondant au hile, puis sur les faces inférieure et postérieure suivant une ligne dirigée en arrière et un peu à droite le long du sillon qui longe le canal veineux ; nous avons montré ci-dessus comment cette disposition était le résultat du développement tardif du lobe de Spiegel. Arrivé à la face postérieure du foie, là où le canal veineux aboutit à la veine sus-hépatique gauche, les deux feuillets du ligament se séparent, le gauche se continue, comme nous l'avons vu, avec le feuillet gauche du ligament suspenseur ; quant au feuillet droit, à l'origine il se continue directement avec le feuillet gauche du méso hépato-cave formant ainsi un cul-de-sac qui limite le diverticule supérieur de la cavité hépato-entérique, mais secondairement le développement du lobe de Spiegel éloigne les deux ligaments en sorte que feuillet droit du ligament gastro-hépatique tapisse la face postérieure du lobe de Spiegel pour aller rejoindre le feuillet gauche du méso-hépato-cave.

Au même niveau, l'insertion du feuillet gauche de l'épiploon gastro-hépatique présente des rapports variables avec le *ligament* triangulaire gauche, tantôt elle est complètement isolée de ce ligament, dont la sépare une sorte d'hiatus séreux faisant communiquer les cavités sus et sous-hépatiques gauches, tantôt au contraire elle est réunie à la base du ligament triangulaire par deux lames séreuses qui se portent du foie au diaphragme en laissant dans leur intervalle la face postérieure du lobe gauche dépourvue de péritoine sur une hauteur qui peut atteindre 12 à 15 millimètres.

L'insertion inférieure de l'épiploon gastro-hépatique, plus étendue que ne la décrivent les classiques, se fait successivement : 1° sur la partie postérieure du diaphragme suivant une ligne oblique en bas et à gauche, étendue depuis le point situé en regard de l'extrémité postérieure du canal veineux jusqu'au bord droit de l'œsophage ; 2° sur le bord droit de l'œsophage ; 3° sur la petite courbure de l'estomac ; 4° sur la première portion du duodénum. Au niveau de son insertion diaphragmatique, le feuillet droit de l'épiploon se réfléchit pour tapisser le diaphragme et aller se continuer avec le bord postérieur du feuillet gauche du méso-hépato-cave, fermant ainsi le diverticule supérieur de l'arrière-cavité des épiploons ; le feuillet gauche se réfléchit de même pour se continuer avec le péritoine diaphragmatique. Au niveau de son insertion sur l'œsophage, le feuillet gauche de l'épiploon tapisse la face antérieure du conduit, tandis que le feuillet droit se réfléchit sur le bord droit de l'œsophage pour se porter de là sur le diaphragme en formant le ligament œsophago-phrénique droit. Au niveau de la petite courbure et du duodénum, l'insertion se fait suivant la description classique.

Très fréquemment, le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique ne s'arrête pas sur la première portion du duodénum, mais se prolonge par une large lame péritonéale allant du foie au côlon transverse et au grand épiploon ; ce repli paraît avoir été signalé pour la première fois par Huschke : « Il y a, dit cet auteur, un repli péritonéal qui unit à droite le foie à la courbure hépatique du côlon ; ce repli part du corps de la vésicule biliaire et s'unit inférieurement tant avec le ligament hépato-duodénal qu'avec le petit épiploon dont il est la continuation. »

Ce ligament n'est signalé ni par Sappey, ni par Cruveilhier, non plus que par Faure dans sa thèse ; Henle, Luschka, Baraban, Brœsikes, Beaunis et Bouchard, Debierre, Testut, signalent l'existence de ce ligament qu'ils considèrent comme anormal et qu'ils désignent sous le nom d'hépato-colique ; Jonnesco, Cohn, Ducatte, Buy, Fredet, Tripier et Paviot l'appellent ligament cystico-colique et admettent la description de Hüschke. Ancel et Sencert donnent une excellente description du ligament, montrent les rapports qu'il présente avec le grand épiploon

et proposent de le désigner sous le nom de ligament cystico-duodéno-épiploïque.

Nous avons recherché l'existence de ce ligament sur 20 sujets, et 14 fois nous avons trouvé un repli péritonéal plus ou moins développé prolongeant à droite l'épiploon hépato-duodénal : sur ces 14 cas, dans 3 le repli ne dépassait pas le col de la vésicule biliaire ; dans 3, il s'insérait sur la face inférieure de la vésicule sans en atteindre le fond, dans 3, il atteignait le fond de la vésicule, dans 3, il le dépassait et formait un véritable méso dans l'épaisseur duquel était logée la vésicule biliaire.

A gauche, ce repli se continue avec l'épiploon hépato-duodénal. A droite, son bord reste libre et est dirigé habituellement de haut en bas et de droite à gauche.

En bas la disposition est assez variable, dans quelques cas le ligament très oblique en bas et à gauche s'insère uniquement sur la première portion et sur le premier angle du duodénum en sorte que le ligament hépato-duodénal, tout en conservant son insertion inférieure habituelle, se prolonge en haut et à droite jusque sur la vésicule biliaire à laquelle il forme ou non un méso : ainsi constitué ce repli mérite le nom de ligament cystico-duodénal ; plus souvent le bout inférieur du ligament ne s'arrête pas sur le duodénum, mais se prolonge en avant et à droite, et semble s'insérer sur l'angle droit du côlon transverse, ce qui explique le nom sous lequel le désignent la plupart des auteurs ; mais en réalité, comme l'ont montré Ancel et Sencert et comme nous l'avons vérifié sur plusieurs sujets, cette insertion à l'angle colique n'est qu'apparente et résulte d'un accollement secondaire : en effet on peut presque toujours diviser le ligament en deux feuillets, l'un postérieur et l'autre antérieur, le feuillet postérieur, arrivé au duodénum puis au côlon, se réfléchit en arrière pour se continuer avec le péritoine pariétal, le feuillet antérieur passe au devant du côlon dont on le sépare facilement et va se continuer avec le feuillet antérieur du grand épiploon : Ancel et Sencert ont d'ailleurs montré par l'étude du développement qu'il ne s'agit pas là d'un accollement secondaire, mais que dès son origine le ligament se continue en bas avec le grand épiploon : le nom de ligament cystico-duodéno-épiploïque qu'ils donnent à ce repli péritonéal paraît donc absolument juste, bien plus que ceux de ligament hépato ou cystico-colique employés par les auteurs précédents.

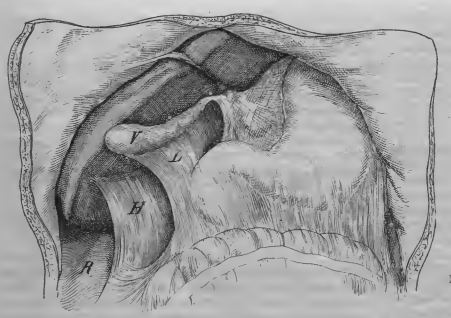
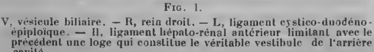


Fig. 1.


V, vésicule biliaire. — R, rein droit. — L, ligament cystico-duodéno-épiploïque. — H, ligament hépato-rénal antérieur limitant avec le précédent une loge qui constitue le véritable vestibule de l'arrière cavité.

Pour ce qui est de la fréquence de ce ligament, nous l'avons rencontré, avons-nous dit, 14 fois sur 20, soit dans 70 p. 100 des cas. Si nous réunissons les observations rapportées par Bricon, Cohan, Buy, Ancel et Sencert, nous arrivons à un total de 273 cas, sur lesquels dans 188, soit un peu plus de la moitié, il y avait un ligament cystico-duodéno-épiploïque. D'après cela on peut dire que la présence de ce ligament plutôt que son absence constitue la disposition normale.

Beaucoup plus rarement le petit épiploon présente un prolongement gauche qui s'insère sur la face inférieure du lobe gauche du foie dans le prolongement du sillon transversal sur une longueur de 4 à 5 centimètres; de cette insertion le repli se porte en bas et à gauche et vient se perdre sur la face antérieure de l'estomac en formant une saillie souvent très accusée. L'existence de ce prolongement gauche du petit épiploon est beaucoup plus rare que celle du ligament cystico-duodéno-épiploïque, nous ne l'avons rencontré que 4 fois sur 20 sujets.

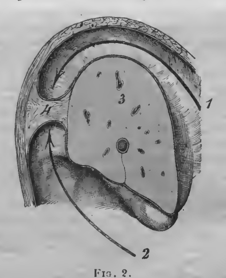


Fig. 2.

Montrant les culs de sac formés par le péritoine le long du flanc droit de la veine cave. — 3, Foie. — 4, Tissu celluleux séparant les deux culs-de-sac. — 1 et 2, Flèches introduites dans les loges péritonéales sus et sous-hépatiques.

Méso-hépato-cave. — Le méso-hépato-cave, non signalé par la plupart des auteurs ou bien décrit comme une partie du ligament coronaire représente la lame droite du mésogastre rétro-hépatique clivé par le développement de la cavité hépato-entérique ; il est formé de deux feuillets qui se portent de la face postérieure du foie à la paroi abdominale postérieure et répondent entre leurs insertions hépatiques à la partie supérieure de la veine cave.

De ces deux feuillets le gauche s'insère en avant sur le foie suivant une ligne verticale ou légèrement courbe qui répond au bord droit du lobe de Spiegel ; l'étendue de cette insertion est assez variable suivant les sujets ; en général elle mesure toute la hauteur de la face postérieure du lobe de Spiegel, soit en moyenne 4 à 5 centimètres. A gauche de cette insertion, le feuillet gauche du méso hépato-cave se continue avec le péritoine qui tapisse la face postérieure du lobe de Spiegel pour aller rejoindre le feuillet droit de l'épiploon gastro-hépatique comme nous l'avons indiqué plus haut. De son insertion sur le bord droit du lobe de Spiegel, le feuillet gauche du méso hépato-cave se porte en arrière jusque sur le diaphragme, où il réfléchit vers la gauche pour se continuer avec le péritoine qui tapisse la région cœliaque et par son intermé-

diaire avec le bord postérieur du feuillet droit du ligament gastro-hépatique.

Le feuillet droit du méso hépato-cave continue, comme nous l'avons vu, la lame droite du ligament suspenseur, et présente une disposition très variable que l'on peut ramener à trois types :

1er *type*.— Le feuillet droit du méso-hépato-cave n'existe pour ainsi dire pas : dans ce cas le feuillet droit du ligament suspenseur croise la face antérieure de la veine cave puis se porte transversalement vers la droite en diminuant rapidement de hauteur et disparaît bientôt complètement, le péritoine qui tapisse la face supérieure du foie se continuant directement sans interposition d'aucun repli avec le péritoine qui recouvre la face inférieure du diaphragme ; de même en bas le péritoine qui tapisse la face inférieure du foie se continue avec le péritoine diaphragmatique de telle sorte que la face postérieure du lobe droit du foie est presque complètement dépourvue de péritoine, et que le long du bord droit de la veine cave il n'y a aucun feuillet péritonéal unissant le foie au diaphragme.

2e *type*.— Le feuillet droit du méso-hépato-cave existe, mais est interrompu à sa partie moyenne : dans ce cas le feuillet droit du ligament suspenseur, après avoir croisé la face antérieure de la veine cave, descend le long du bord droit de cette veine sur une hauteur variable, puis se réfléchit pour se porter en haut et à droite et se comporter comme précédemment ; en bas la disposition est exactement la même, c'est-à-dire que le péritoine remonte plus ou moins haut le long du bord droit de la veine, puis se porte en bas et à droite en formant un repli de plus en plus étroit qui disparaît bientôt complètement, le péritoine de la face postérieure du foie se reflechissant directement sur le diaphragme à une hauteur variable. Il se forme ainsi le long du bord droit de la veine cave deux culs-de-sac séreux, l'un supérieur prolongeant l'espace inter-hépato-diaphragmatique droit, l'autre inférieur, la bourse sous-hépatique. La profondeur de ces culs-de-sac est très variable ; tantôt ils restent assez éloignés l'un de l'autre, tantôt au contraire ils sont très rapprochés de sorte que deux doigts introduits l'un au dessus, l'autre au dessous du foie peuvent arriver presque au contact le long du bord droit de la veine cave, et ne sont séparés à ce niveau que par une mince barrière séreuse.

3e *type*. — Le feuillet droit du méso-hépato-cave existe sur toute l'étendue du flanc droit de la veine cave : cette disposition n'est qu'une exagération de la précédente, les deux culs-de-sac arrivant au contact l'un de l'autre s'unissent et constituent une sorte de canal séreux qui, le long du flanc droit de la veine cave, fait communiquer les cavités sus et sous-hépatiques droites ; il en résulte que le feuillet droit du méso-hépato-cave ne présente aucune interruption et est complètement séparé de la partie du lobe droit du foie qui est dépourvue de revêtement péritonéal.

Quant à la fréquence relative de ces trois dispositions, la première (absence du feuillet droit du méso-hépato-cave), représentée comme normale par tous les auteurs, nous a paru au contraire exceptionnelle, nous ne l'avons rencontrée qu'une fois sur vingt ; dans tous les autres cas on trouvait sur le flanc droit de la veine cave deux culs-de-sac plus ou moins profonds allant à la rencontre l'un de l'autre, et pouvant admettre le doigt ; presque toujours, ces culs-de-sac, surtout le supérieur, étaient limités à droite par un repli du péritoine soulevé par un vaisseau allant du diaphragme au foie. Malgré la fréquence de cette disposition, la description classique s'explique par ce fait que si les culs-de sac sont peu développés, ils se voient seulement lorsque le foie est en place, et disparaissent complètement lorsqu'on l'a détaché du diaphragme : en effet, dans ces conditions, le péritoine, beaucoup moins adhérent au niveau des culs-de sac que sur les parties voisines, se décolle de la veine cave et ne forme plus qu'une lame de hauteur variable insérée obliquement sur la face postérieure du foie sans former aucune dépression. Dans le cas représenté ci-contre, les culs-de-sac hépato-caves, cependant très développés, avaient presque complètement disparu après que le foie eût été détaché du diaphragme. Il en résulte que si on se borne à suivre le trajet du péritoine sur le foie séparé du diaphragme, on peut facilement méconnaître l'existence des dépressions que nous venons de signaler et du feuillet droit du méso-hépato-cave.

Le deuxième type du méso-hépato-cave constitue donc de beaucoup le type le plus fréquent, celui qui doit être décrit comme normal ; nous l'avons rencontré 16 fois sur 20 ; sur ces 16 cas, dans 7, les deux culs-de-sac supérieur et inférieur arrivaient presqu'au contact lorsqu'on les déprimait simultanément en enfonçant un doigt dans chacun d'eux, dans les 9 autres cas, les fonds des culs-de-sac étaient séparés par une distance allant de 1 à 3 centimètres.

Le *troisième type*, c'est-à-dire le méso-hépato-cave à feuillet droit complet, avec canal séreux faisant communiquer à droite de ce feuillet les loges sus et sous-hépatiques, n'existait que dans trois des vingt cas que nous avons examinés ; c'est donc là une disposition qui doit être considérée comme rare ; nous ne l'avons observée que sur des sujets âgés, aussi nous croyons qu'elle représente une simple modification du type habituel, les fonds des culs-de-sac hépato-caves disparaissant par résorption progressive et faisant ainsi communiquer ces culs-de-sac.

Quoi qu'il en soit, les deux feuillets du méso-hépato-cave limitent entre eux un espace, haut de 5 à 6 centimètres et large de 2 à 3, qui répond en avant à la face postérieure de la veine cave, et en arrière à un tissu cellulaux serré entremêlé de fibres musculaires et tendineux allant du diaphragme à la veine cave. L'étendue du méso dans le sens antéro-postérieur est très variable, elle dépend surtout de la disposition de la veine cave ; le méso, extrêmement court lorsque la veine cave est logée dans un canal hépatique complet, devient plus long lorsque la veine est dans une simple gouttière, et surtout lorsqu'elle fait saillie à la face postérieure du foie. En tous cas, le méso est toujours moins long à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, plus long à son extrémité inférieure qu'à la supérieure. Lorsque le méso est trop long, son feuillet droit peut se déprimer en un cul-de-sac qui s'enfonce entre la face antérieure de la veine cave et la partie inférieure de la face postérieure du foie, cette disposition, d'ailleurs assez rare (3 fois sur 20), a été désignée par Ancel et Sencert sous le nom de fossette hépato-cave.

En bas, au-dessous du bord inférieur du foie, les deux feuillets du méso se réunissent au-devant de la veine cave pour constituer une lame péritonéale unique qui, soulevée par le relief de la veine, forme la limite postérieure de l'hiatus de Winslow, et se continue de chaque côté avec le péritoine pariétal. Cette lame péritonéale, qui doit être considérée comme la partie inférieure du méso-hépato-cave, donne habituellement naissance à deux replis, l'un antérieur et l'autre latéral.

Le *repli antérieur* se porte du méso-hépato-cave à la face postérieure de l'angle duodénal, au niveau duquel il se continue avec le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-

hépatique ; il présente la forme d'un croissant avec une corne postérieure insérée sur le méso-hépato-cave et re-

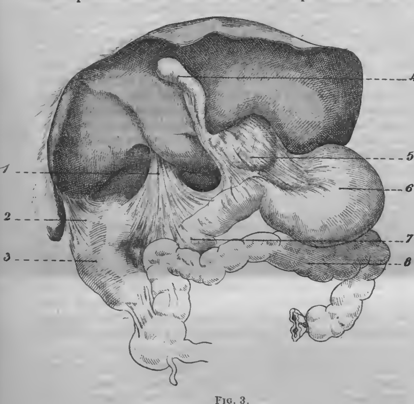


Fig. 3.

1. Partie inférieure du méso-hépato-cave avec ses deux prolongements antérieur et latéral, ce dernier très peu développé (comparer avec celui représenté figure 1)— 2. Ligament hépato-rénal postérieur bien développé mais s'insérant assez loin du méso-hépato-cave — 4. Vésicule biliaire. — 5. Ligament hépato-duodénal, le ligament cystico-duodéno-épiploïque, d'ailleurs peu développé, a été légèrement attiré vers la gauche pour bien montrer l'hiatus de Winslow et le prolongement antérieur du méso-hépato-cave.— 6. Estomac. — 7. Duodénum. —Côlon transverse.

montant souvent jusqu'au foie, une corne antérieure insérée sur la face postérieure de l'épiploon gastro-hépatique au niveau de l'angle duodénal, un bord inférieur convexe adhérent, un bord supérieur concave qui flotte librement entre le méso-hépato-cave et l'épiploon gastro-hépatique et limite inférieurement l'hiatus de Winslow. En raison de sa disposition, ce repli mérite le nom de ligament duodéno-hépato-cave ; sa hauteur est très variable ; d'ordinaire chez le nouveau-né il est peu élevé de sorte que l'hiatus de Winslow descend jusque derrière le duodénum ; quelquefois il est plus élevé et remonte plus ou moins au-dessus du duodénum diminuant ainsi la hauteur de l'hiatus; chez l'adulte cette dernière disposition paraît assez fréquente, toutefois elle résulte souvent non de la disposition primitive, mais d'adhérences inflammatoires unissant le méso-hépato-cave à l'épiploon gastro-hépatique au-dessus du ligament duodéno-hépato-cave.

Parfois un repli de ce ligament se prolonge en dehors de la première courbure duodénale jusqu'à l'angle du côlon ascendant, constituant ainsi la disposition décrite par Faure sous le nom de ligament hépato-colique, mais cette désignation nous paraît mauvaise, d'une part parce que le ligament s'arrête le plus souvent au duodénum sans atteindre le côlon, et d'autre part parce qu'on s'expose à une confusion avec le ligament cystico-duodéno-épiploïque que la plupart des auteurs désignent déjà sous le nom de ligament hépato-colique.

Le *prolongement latéral du méso-hépato-cave* (ligament hépato-rénal antérieur) s'étend du méso-hépato-cave et du foie au rein et à la capsule surrénale. Il présente la forme d'une lame transversale irrégulièrement quadrilatère à laquelle on peut considérer 4 bords et 2 faces : le bord interne se continue avec le méso-hépato-cave sur lequel il s'insère latéralement ; le bord supérieur se fixe au foie suivant une ligne presque transversale allant de la veine cave au bord externe du foie, et répondant à la crête qui limite en avant la facette rénale et la face inférieure du foie ; le bord inférieur se fixe sur la capsule surrénale et sur la face antérieure du rein droit ; le bord droit flotte librement entre la face inférieure du foie et la face antérieure du rein ; la face antérieure du ligament regarde en avant et un peu à gauche, le feuillet péritonéal qui la constitue se continue en haut avec le péritoine tapissant la face inférieure du foie en avant de la facette rénale, en bas avec le péritoine pré-rénal puis avec le feuillet postérieur de l'épiploon cystico-duodéno-épiploïque. Le ligament hépato-rénal constitue ainsi la paroi postérieure d'une sorte de loge limitée en avant par le feuillet postérieur du ligament cystico-duodéno-épiploïque, en haut par la face inférieure du lobe droit du foie, en bas, par le péritoine pré-rénal unissant le feuillet antérieur du ligament hépato-rénal au feuillet postérieur du ligament cystico-duodéno-épiploïque : cette loge affecte la forme d'un entonnoir largement ouvert en dehors et aboutissant en dedans de l'hiatus de Winslow, elle mérite le nom de vestibule de l'arrière-cavité des épiploons (v.Fig.1).

L'insertion sur le méso-hépato-cave du ligament hépato-rénal est très voisine de celle du ligament duodéno-hépato-cave, et quand ce dernier ligament se prolonge en dehors en un repli dirigé vers l'angle colique, ce repli unit les deux ligaments sur une certaine étendue, c'est cette disposition qui a amené plusieurs auteurs, notamment Jonnesco, Cohan, Ducotte, Buy, à décrire le ligament hé-

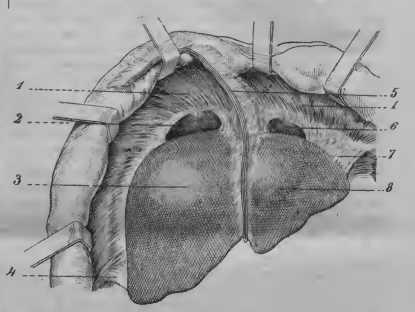


Fig. 4.

Ensemble des replis unissant le foie à la paroi abdominale postérieurs et réunis ordinairement sous le nom de ligament coronaire.

1. Péritoine sous-diaphragmatique. — 3. Lobe droit et 8 lobe gauche du foie. — 5. Ligament suspenseur se dédoublant en arrière pour se continuer avec le méso hépato-cave et avec l'épiploon gastro-hépatique — 4. Ligament triangulaire droit. — 7. Ligament triangulaire gauche. — 2. Orifice supérieur d'un très large diverticule limitant à droite le méso hépato-cave. — 6. Diverticule beaucoup moins développé séparant à gauche le méso hépatocave du ligament triangulaire gauche.

pato-rénal antérieur sous le nom de ligament hépato-colique, dénomination qui nous paraît impropre, car elle ne répond pas aux insertions du ligament et expose à des confusions.

La face postérieure du ligament hépato-rénal limite également une sorte de loge (fossette hépato-rénale) dont la paroi postérieure est formée par le péritoine pariétal, la paroi supérieure par la facette rénale du foie, la facette inférieure par l'extrémité supérieure du rein. Cette fossette hépato-rénale est parfois divisée par un autre repli péritonéal qui se détache également du méso-hépato-cave; ce troisième repli (ligament hépato-rénal postérieur) présente comme le précédent la forme d'une cloison tendue presque transversalement entre la face inférieure du foie et la face antérieure du rein, son bord gauche se détache du méso-hépato-cave en arrière du ligament précédent, ou plus rarement du péritoine pariétal; un peu à droite de ce ligament, son bord supérieur se fixe sur le foie à l'union des faces postérieure et inférieure et peut se prolonger jusque sur le ligament triangulaire droit, son bord inférieur s'insère sur l'extrémité supérieure du rein, son bord droit flotte librement.

Ce ligament hépato-rénal postérieur nous paraît beaucoup plus rare que le ligament hépato-rénal antérieur ; en effet sur 20 sujets, nous avons trouvé 16 fois un ligament hépato-rénal antérieur plus ou moins développé et 3 fois seulement un ligament hépato rénal postérieur. D'après cela il semble que l'existence du ligament hépato-rénal antérieur doive être considérée comme normale, celle du ligament hépato-rénal postérieur comme exceptionnelle.

Dans la description des ligaments du foie, telle que nous venons de l'exposer, nous ne parlons ni des ligaments triangulaires, ni du ligament coronaire ; en effet, ces formations ne nous paraissent pas constituer de véritables ligaments du foie au sens propre du mot.

Les *ligaments triangulaires* apparaissent secondairement et semblent avoir une origine complètement distincte de celle des autres ligaments du foie : en effet, tout au moins pour le ligament triangulaire gauche, Tarozzi a démontré récemment qu'il s'agit non d'une formation primitive rattachant le foie au diaphragme et dépendant du mésentère primitif, mais d'une simple membrane représentant le reliquat capsulaire d'une portion du lobe gauche du foie atrophié au cours du développement.

Quant au ligament coronaire, les classiques, décrivant sous ce nom la réflexion en couronne du péritoine de la face postérieure du foie au diaphragme, réunissent ensemble plusieurs formations complètement différentes, savoir :

1° Le méso-hépato-cave avec la bifurcation du ligament suspenseur, et la portion du ligament gastro-hépatique insérée à la face postérieure du foie ;

2° Les ligaments triangulaires.

3° Enfin, entre le méso hépato-cave et la première portion de l'épiploon gastro-hépatique d'une part, et les ligaments triangulaires d'autre part, une zone intermédiaire correspondant à la partie de la face postérieure du foie qui adhère au diaphragme sans interposition de péritoine.

Cette dernière partie ne nous paraît pas pouvoir être considérée comme un ligament : en effet, sur son pourtour le péritoine se porte directement du foie sur le diaphragme sans former aucun repli de hauteur appréciable, de telle sorte qu'il est absolument inexact de décrire un ligament composé de deux feuillets très écartés l'un de l'autre; cette description, admissible lorsqu'on se borne à suivre le trajet de l'insertion du péritoine sur la face postérieure du foie devient inadmissible quand on examine un foie ayant conservé son adhérence au diaphragme, on voit alors d'une façon évidente qu'il n'y a pas plus de ligament à ce niveau, entre la face postérieure du foie et la diaphragme, qu'il n'en existe entre la face postérieure du rein et la paroi lombaire.

Il nous semble beaucoup plus exact de décrire à la face du postérieure du foie non un ligament coronaire de forme complexe et de hauteur nulle dans la plus grande partie de son étendue, mais trois formations distinctes :

1° Un *ligament péritonéal vrai* représenté par la partie postérieure du ligament suspenseur se divisant pour former le meso hépato-cave et la première portion de l'épiploon gastro-hépatique.

2° Les *ligaments triangulaires* formations secondaires développées aux dépens de reliquats capsulaires de portions atrophiées du foie ;

3° Une *zone d'adhérence* dépourvue de péritoine et au pourtour de laquelle la séreuse hépatique se continue directement avec le séreuse pariétale. Sa forme et l'étendue de cette zone d'adhérence sont d'ailleurs extrêmement variables, le foie pouvant se détacher davantage de son adhérence diaphragmatique, ou bien au contraire s'attacher davantage par suite d'accolement secondaire; suivant que l'un ou l'autre de ces deux processus prédomine, ou bien la zone dépourvue de péritoine s'étend et peut atteindre le flanc droit de la veine cave faisant disparaître plus ou moins complètement le feuillet droit du méso-hépatocave, ou bien au contraire la zone d'adhérence diminue et se trouve séparée du méso hépato-cave par un canal séreux plus ou moins large faisant communiquer les loges sus et sous-hépatiques.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La stérilisation des dégénérés.

Le nombre croissant des dégénérés de toutes sortes qui sont incapables de s'adapter à la vie sociale et qui parfois même sont des êtres nuisibles, a fait rechercher depuis de longues années un moyen pratique d'arrêter leur multiplication. Comme il a été reconnu que certains êtres, débiles, criminels, névrosés, etc., donnaient naissance à des êtres non moins dégénérés qu'eux, il était donc logique de s'opposer par un procédé quelconque à ce que ces déshérités n'aient pas de progéniture. C'est pour y parvenir qu'on a proposé autrefois de châtrer les dégénérés. Mais les arguments invoqués pour légitimer cette opération n'ont convaincu que de rares personnes. Théoriquement, le moyen est parfait ; il est pratiquement inapplicable ; il est dangereux et de plus on ne voit pas de quel droit on priverait à tout jamais un être des plaisirs sexuels.

Il fallait trouver autre chose. Je passe sous silence l'opinion de ce sociologue qui désirait que les dégénérés se livrassent aux jouissances auto-érotiques ou à l'homosexualité, et évitent ainsi de procréer des êtres malades. Plus récemment, le Dr Robert R. Rentoul (de Liverpool), pour stériliser les dégénérés, propose (d'après une note qu'il vient d'adresser au *Progrès médical*) une opération qu'il a décrite ailleurs et sur laquelle il ne donne malheureusement pas de détails suffisants. A l'en croire, l'opération « est d'une grande simplicité, elle se pratique sans douleur, elle n'occasionne aucun changement dans les fonctions ordinaires du corps et ne produit aucun mauvais effet, elle ne nuit à aucune fonction excepté à celle de la procréation. » Malgré tout, je crois que les dégénérés peuvent dormir sans crainte et que longtemps encore, tout

au moins dans nos pays d'Europe, il leur sera permis de procréer à leur aise.

Je fais une restriction, car il paraîtrait qu'en 1907 l'État d'Indiana a décrété que les détenus criminels, les idiots, les faibles d'esprit, seraient stérilisés. En 1909, l'État de Connecticut a adopté une semblable législation : il en serait de même des États de Pensylvanie et de Delaware ; mais les gouverneurs de ces Etats ont refusé de signer les décrets en demandant un délai. En somme, même dans le nouveau monde, il y a la théorie et la pratique ! Et tout est là. Nous ne demandons pas mieux que des êtres inadaptables soient mis hors d'état de remplir leurs devoirs virils, mais nous voulons aussi être bien certains que ces êtres sont définitivement inadaptables et qu'un jour ces stérilisés malgré eux ne protesteront pas énergiquement contre l'imperméabilité de leurs canaux déférents !

Et puis qui jugera de la nécessité de stériliser ou non un individu ? Comment s'opérera la sélection ? Quel est le degré de dégénérescence qui trouvera grâce devant le bistouri réformateur ? Il est des dégénérés, qui malgré leurs tares ont rendu d'immenses services à l'humanité et rappelons-nous l'histoire des Spartiates qui, dans leur ardeur à noyer dans les flots de l'Eurotas les enfants difformes et mal constitués de leur cité, manquèrent un jour de généraux : ils furent bien heureux de trouver un être boîteux, louche et contrefait, Tyrtée, pour les mener à la victoire. Autant de faits que notre confrère n'envisage pas malgré leur importance pratique. G. PAUL-BONCOUR.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Recherches sur la sécrétion gastrique dans un segment d'estomac privé de nerfs.

Les caractères de la sécrétion du suc gastrique par un estomac normal sont parfaitement établis depuis les travaux de Paulow. Heidenhain, en isolant une portion de la muqueuse gastrique et en la privant de ses nerfs, sauf de ceux qui lui parvenaient avec le mésentère, a pu déterminer en partie les influences modificatrices du système nerveux. Guidé par les expériences de Heidenhain, vérifiées par Bickel et sous l'impulsion de ce dernier, Rheinbold (1) a essayé d'approfondir encore le mécanisme secrétoire de l'estomac soustrait à toute action nerveuse. Il a cherché à étudier dans sa pureté la sécrétion « parenchymogène » en supprimant l'apport de la sécrétion « cérébro-spinale ».

Dans ce but, il a libéré du fond de l'estomac un cul-de-sac qu'il a attiré au dehors, après l'avoir dégagé de toutes ses connexions vasculaires et nerveuses avec le reste de l'estomac et avec le mésentère, ne conservant que les vaisseaux mésentériques et les ramifications sympathiques glandulaires. Toutes relations entre l'estomac et le cul-de-sac étaient supprimées au moyen de sutures des parois. Les excitations reçues par l'estomac ne pouvaient parvenir au cul-de-sac que par la voie sanguine et l'intermédiaire des artères mésentériques. Ces excitations étaient donc d'ordre purement chimique et le fait des produits résorbés dans le sang après digestion gastrique et de la sécrétine.

La première constatation qu'a faite Rheinbold dans ces conditions a été celle de la sécrétion continue du suc gastrique dans l'estomac énervé. Dans l'estomac normal, la sécrétion est intermittente.

Il a vérifié ensuite que l'introduction d'aliments provoquait une augmentation de la sécrétion dans le cul-de-sac. Mais cette augmentation, au lieu de se produire au bout de 5 minutes environ, ainsi que Paulow l'avait constaté dans l'estomac normal, demandait toujours pour s'établir de 15 à 30 minutes. Ces différences traduisent le temps nécessaire au passage des matériaux élaborés dans la voie sanguine, à la production de la sécrétine dans les glandes pyloriques et à l'arrivée de ces substances dans la muqueuse du cul-de-sac.

Et comme les expériences de Paulow l'avaient laissé prévoir aucune exagération de la sécrétion n'a été produite par la simple impression visuelle ou olfactive des aliments, dans l'estomac privé de nerfs.

***

Des modifications diverses de la sécrétion ont été notées par Rheinbold sous l'action de la viande, du lait, de l'huile, de l'acide chlorhydrique, de l'eau, de l'atropine et de l'extrait de viande Liebig.

A jeun, les 4 chiens soumis en expérience sécrètent en quantité assez abondante du suc gastrique, en général fortement acide, mais de composition normale.

Après ingestion de viande, on note de l'hypersécrétion. Fait curieux, la viande bouillie et privée de sel par une longue ébullition a une action aussi efficace que la viande crue. Celle-ci n'agit donc pas surtout par ses substances extractives solubles dans l'eau, mais par ses albumines résorbées et incorporées au torrent circulatoire.

Le lait a provoqué une sécrétion très forte et de longue durée (6 heures). Cette prolongation de l'action sécrétoire du lait a été observée chez les 4 chiens.

Les essais avec le pain n'ont pas paru modifier la sécrétion, mais ils ne peuvent être considérés comme concluants, les chiens s'étant refusés à l'absorber en quantité suffisante.

L'huile d'olive n'a pas produit sur la sécrétion gastrique l'action inhibitrice qu'avaient fait prévoir les expériences de Paulow. Au contraire, mais 1 heure 1/4 après son administration, il est vrai, la sécrétion a augmenté.

Quant à l'eau et à l'acide chlorhydrique à 15 °/₀, une hypersécrétion presque nulle a succédé à leur injection, contrairement à toute attente. Par contre, celle-ci a semblé être la cause d'une sécrétion de mucus abondante et prolongée.

5 milligrammes de sulfate d'atropine en injection sous-cutanée ont eu pour effet de réduire à un taux très faible la sécrétion dans le cul-de-sac, sans jamais l'inhiber complètement cependant. L'action de l'atropine s'est montrée éphémère ; elle n'a pu empêcher l'hypersécrétion considérable qui a été le résultat d'une injection sous-cutanée de 10 centigrammes d'extrait de viande Liebig, faite une heure après l'injection d'atropine. Le caractère le plus remarquable de cette hypersécrétion est qu'elle est survenue déjà dix minutes après l'injection d'extrait de viande.

On peut regretter que l'auteur de ces expériences n'ait pu faire ingérer la même quantité d'extrait Liebig par l'estomac, son chien étant mort après cette injection. La différence de temps qu'on aurait probablement constatée dans l'apparition de l'hypersécrétion dans le cul-de-sac eût peut-être permis quelques déductions intéressantes, et la détermination de la période latente d'élaboration stomacale dans ce cas.

***

L'ensemble de ces expériences n'ayant porté que sur 4 chiens, celles-ci ne peuvent être considérés comme absolument concluantes et permettant d'établir un parallèle rigoureux entre les réactions de l'estomac normal et celles de l'estomac privé de ses nerfs. Certains faits cependant ont été bien établis. Ainsi il est certain que le suc gastrique ainsi prélevé a son pouvoir digestif normal, ce qui avait été contesté. Cela prouve que la muqueuse stomacale possède son autonomie sécrétoire et que le système nerveux central n'intervient que pour régler cette autonomie et l'adapter aux besoins de l'organisme, au moyen d'influences hyper et hyposécrétoires.

D'autres constatations intéressantes ont encore été faites par Rheinbold, particulièrement celle que l'huile ne provoque pas d'action inhibitrice de la sécrétion du suc gastrique sur

(1) RHEINBOLD. — *Internationale Beiträge Z. Path. u. Ther. der Ernärungstärungen.* tome I, 16 nov. 1909.

l'estomac privé de nerfs. Elle appuie l'affirmation déjà apportée par Orbeli que l'inhibition de la sécrétion par les graisses est supprimée par la vagotomie. Elle est encore en accord avec l'hypothèse émise par Lonquist que les substances grasses n'exercent d'inhibition que par l'intermédiaire d'actions réflexes partant du duodénum. Par section des anastomoses nerveuses entre l'estomac et le duodénum, la voie réflexe est interrompue.

Les résultats fournis par l'atropine permettent encore quelques conclusions. L'action de ce médicament s'est montrée faible et peu durable. Dans les expériences de Heidenhain, au contraire, elle a été plus forte et plus continue. On peut donc admettre que c'est grâce à la conservation plus complète des relations avec le système nerveux central que le pouvoir inhibiteur a pu s'exercer fortement. L'influence de l'atropine sur l'estomac énervé est probablement exercée par l'intermédiaire des rameaux et ganglions sympathiques qui ont été conservés, vu l'impossibilité de les détruire. Et cette influence sympathique semble être bien peu puissante, à en juger par la rapidité avec laquelle a pu se produire une hypersécrétion, une heure après injection d'atropine.

Aussi Rheinbold considère-t-il, en conséquence, ses expériences comme ayant été véritablement soustraites à toute influence modificatrice du système nerveux. G. Lœser.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1910.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde (*fin de la discussion*). — L'Académie, après discussion de nombreux articles, vote les propositions de M. ***Delorme*** et de M. ***Landouzy***.

Elle affirme le rôle primordial de la pollution des eaux de boisson dans la genèse de la fièvre typhoïde et exprime le vœu que l'autorité exige de toutes les villes, et spécialement des villes de garnison, qu'elles assurent l'hygiène rigoureuse de leur régime des eaux de boisson.

L'Académie émet le vœu que des mesures soient prises pour rechercher les porteurs de germes, dont le rôle est certain, afin de supprimer cette cause d'infection.

Elle réclame enfin toute une série de mesures hygiéniques.

Recherches sur le régime dans les affections du rein. — MM ***Linossier*** et ***Lemoine*** ont vu que l'albuminurie provoquée par les albumines hétérogènes de l'œuf se produit également avec la viande, et même avec le lait. Normalement le rein est protégé contre cette action nocive surtout par les sucs digestifs, dont l'action est très lente sur le blanc d'œuf cru. Aussi est-il relativement facile de provoquer chez l'homme, pour peu que le rein soit insuffisant, une albuminurie par ingestion immodérée de blanc d'œuf. Même résultat est obtenu avec le lait mal digéré. D'où contre-indication des aliments albuminoïdes d'origine animale, crus, même le lait, chez les malades atteints d'affections rénales, surtout s'il y a coexistence de troubles digestifs.

La chaleur fait disparaître cette nocivité. On devra donc faire bouillir le lait, coaguler l'albumine de l'œuf, bien cuire la viande.

Sur la pathogénie de la cataracte sénile. — MM. ***Weiss*** et ***Frenkel***.

Election de deux associés étrangers. — MM ***d'Espine*** (de Genève) et ***Horsley*** (de Londres) sont élus. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 février.

Syphilis gastrique grave. Estomac biloculaire. Guérison par le traitement mercuriel et ioduré. — MM. ***G. Leven et G. Barret.*** — C'est un cas de syphilis gastrique guérie que nous présentons à la Société.

La malade actuellement guérie s'est montrée à nous, dans un véritable état cachectique, il y a 2 mois. Son anémie était extrême, elle avait considérablement maigri, elle avait des douleurs gastriques très vives, surtout nocturnes ; elle vomissait sans cesse depuis 6 mois. L'examen radioscopique révéla un estomac biloculaire et une sténose serrée à 10 centimètres du cardia.

Après les premières injections mercurielles, les douleurs fixes localisées au point sténosé disparurent, la malade commença à engraisser. Elle a subi 19 injections de 0,02 centigr. de biiodure d'hydrargyre ; elle a absorbé 90 grammes d'iodure de potassium.

Ce traitement a mis fin aux douleurs, à l'amaigrissement et à l'anémie non modifiés par les régimes et le bismuth. C'est sur ce résultat thérapeutique que nous basons notre diagnostic.

M. ***Galliard*** insiste sur la rareté des cas. Il en a observé un guéri par l'administration de l'iodure seul.

M. ***Bensaude*** surveille en ce moment un malade amélioré dans les mêmes conditions par le traitement mercuriel.

MM. ***Aubertin*** et ***Bardet*** montrent par des courbes que la glycosurie est nettement influencée par les rayons X. L'examen du pancréas fut négatif, le foie était gros, mais par simple hypertrophie cellulaire.

M. ***Ménétrier*** insiste sur la nécessité d'examiner la glycosurie immédiatement après l'irradiation, sans cela cette influence peut passer inaperçue.

Les porteurs de bacilles diphtéritiques. — M. ***G. H. Lemoine*** (Val-de-Grâce). — *Chez les sujets sains* qui n'ont pas été atteints de diphtérie, la présence du microbe spécifique dans la salive ou le mucus pharyngé est le plus souvent intermittente ou passagère. Le danger de ces sujets au point de vue de la propagation de la maladie est nul. Il semble en être de même pour certains porteurs chroniques sains de bacilles diphtéritiques, alors même que le germe existe d'une façon constante et abondamment dans la gorge du sujet.

Chez les malades, la constatation du bacille diphtéritique dans les exsudats pharyngés, en décelant la nature de la maladie, impose l'isolement immédiat ; il en est de même pour *les cas frustes*.

Séance du 4 mars.

Prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique. — M. ***Schneider*** (Val-de-Grâce) passe en revue les méthodes usitées pour la recherche du microbe et confirme les bons effets du traitement préventif indiqué par Vincent : gargarismes à l'eau oxygénée 1/10e, les inhalations avec le mélange d'iode, gaïacol et acide thymique et les attouchements à la glycérine iodée. Ce traitement permet de rompre l'isolement au bout de quelques jours.

Parotidite rhumatismale. — MM. ***Courtois-Suffit et Beaufumé*** rapportent ce cas : parotidite bilatérale, inflammatoire, fluxionnaire, douleur tension dans la région. 40°, durée courte, apparition au déclin des fluxions articulaires. Pathogénie : infection sanguine par le germe spécifique. Guérison par le traitement antirhumatismal.

Ictère infectieux. — MM. ***Abrami, Richer et Monod*** ont observé ce cas. Ils n'ont trouvé aucune légion macro ou microscopique des voies biliaires intra ou extra-hépatiques. L'ictère infectieux est donc plutôt d'origine hématogène que fonction de l'angiocholite.

A propos d'un cas de sporotrichose méconnu et traité pendant deux ans. — MM. ***Danlos et Flandin*** étudient les procédés de diagnostic clinique et expérimental de cette maladie.

Au point de vue clinique, ils insistent sur les caractères différentiels avec la tuberculose et la syphilis : rapidité de l'évolution, dissémination des lésions, qui sont violacées, mal limitées, croûteuses, donnant issue par des pertuis multiples à du pus séreux.

Ils ont, sur leur malade, pratiqué la culture, sans pouvoir faire le diagnostic avant le huitième jour. La sporo-agglutination, la réaction de fixation ont été positives ; le procédé de choix paraît être l'intra-dermo-réaction de Pautrier et Lutembacher qui pose le diagnostic en deux jours.

L'iodure de potassium a une action très rapide, véritablement spécifique, très nette chez cette malade qui depuis deux ans avait subi tous les traitements possibles.

A propos de 5 cas de cicatrices spontanées de l'œsophage avec sténose. Diagnostic et traitement. — M. *Guisez* rapporte les observations et donne la pathogénie des cicatrices, qui sont dues à une œsophagite créée au dessus d'un spasme à l'une ou l'autre extrémité de l'œsophage. La cicatrice est diffuse et donne un aspect caractéristique à l'examen œsophogascopique. Traitement électrolyse et dilatation progressive. L'A. rapporte également 2 cas de tuberculose de l'œsophage traité par attouchements à l'acide lactique. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mars 1910.

Ostéomyélite tuberculeuse. — M. *Hoche* (de Cannes) a pratiqué 600 interventions pour tuberculoses des os ou ostéomyélites. Sur ces 600 cas, il a rencontré 38 cas dans lesquels des lésions tuberculeuses coïncidaient avec l'hypertrophie et l'éburnation caractéristiques de l'ostéomyélite. Il est donc permis de dire qu'il existe une *ostéomyélite tuberculeuse* laquelle peut cliniquement simuler l'ostéomyélite vraie et s'en distinguer seulement par son évolution ultérieure. Mais le plus souvent, l'existence de fongosités, la présence de tumeurs blanches dans le voisinage, le développement d'autres foyers tuberculeux permettent de reconnaître la nature réelle du mal.

Ces faits paraissent rentrer dans le cadre de la tuberculose inflammatoire de Poncet. Leur pronostic est assez bon au point de vue local, mais la tuberculose se généralise très fréquemment chez ces malades.

Le traitement des cancers du testicule. — M. P. *Delbet* fait un rapport sur 4 observations de MM. Chevassu, Gosset et Fredet et ayant trait à l'ablation des testicules cancéreux avec leurs voies lymphatiques et les ganglions juxta-aortiques. D'après une statistique de M. Chevassu, portant sur 36 cas de castration simple on voit que sur 45 seminomes, 14 sont guéris depuis plus de 4 ans et que, sur 47 tumeurs cancéreuses mixtes, il y a eu 44 morts ou récidives et 3 guérisons seulement. Cette statistique montre d'une part les différences pronostiques qui existent entre les seminomes et les tumeurs mixtes et d'autre part que la castration simple est une opération insuffisante.

Le technique opératoire suivie dans ces 4 cas est celle qui a été préconisée par M. Chevassu dans sa thèse. Une incision scrotale permet de vérifier d'abord le diagnostic microscopique. On trace alors une incision qui, partant du scrotum, remonte vers l'épine iliaque antéro supérieure, puis, arrivée à un travers de doigt de celle-ci, se recourbe et remonte verticalement en haut jusqu'au rebord costal. On incise les muscles jusqu'au péritoine exclusivement et on décolle alors aisément celui-ci des fosses iliaque et lombaire.

Séparant alors du péritoine la lame qui contient les vaisseaux spermatiques et l'uretère on sectionne le canal déférent, on relève peu à peu la lame spermatique en réclinant en dedans le sac péritonéal; on enlève, s'il existe, le ganglion de la bifurcation de la veine iliaque primitive et on met à nu toute la zone juxta-aortique jusqu'au pédicule rénal. On enlève les ganglions juxta-aortiques et la lame qui les contient après avoir sectionné les vaisseaux spermatiques à leur origine.

L'opération est un peu plus délicate à droite parce que de ce côté les ganglions reposent sur la veine cave.

En dehors des 4 observations qui font l'objet de ce rapport, il en existe 6 autres : 3 de M. Grégoire, 1 de M. Cunéo, 1 de Blond-Litton et 1 du rapporteur lui-même, toute récente et dans laquelle il a dû faire quelques points de suture sur la veine cave.

Sur ces 10 cas, il n'y a eu aucune mort opératoire. Dans 5 cas on a enlevé des ganglions cancéreux : 3 fois l'extension ganglionnaire était déjà trop considérable et on a dû laisser des ganglions trop adhérents ; 1 fois le ganglion enlevé ne paraissait pas néoplasique ; 1 fois, il n'y avait aucun ganglion appréciable ; 1 des opérés, chez lequel tout paraissait enlevé, est mort de cancer pulmonaire.

C'est là une opération toute rationnelle et qui se présente dans des conditions relativement très favorables. Si elle ne peut prétendre à guérir tous les cas, il est possible cependant qu'elle sauve des malades que la castration simple n'eût pu guérir.

M. *Bazy*. — Je ne crois pas que cette opération puisse mettre à l'abri des récidives et, d'ailleurs, l'avenir nous renseignera sur ce point. Mais d'autre part, la simple castration peut donner dans le cancer du testicule des guérisons durables et 3 de mes malades ainsi opérés ont survécu l'un 21 ans et les deux autres 10 et 12 ans.

Le cancer du testicule est d'ailleurs de gravité variable suivant les cas et aussi suivant son siège, le cancer épididymaire paraissant plus grave que le cancer testiculaire proprement dit. J'ai vu récidiver rapidement et localement un cancer de l'épididyme encore très peu étendu, traité par la castration simple.

M. *Michon*. — J'ai pratiqué il y a un mois cette opération sur un malade de 25 ans dont le cancer testiculaire avait débuté dix mois auparavant et avait été pris d'abord pour une syphilis du testicule. L'opération a été parfaitement supportée. Il s'agissait d'une tumeur mixte dégénérée. L'avenir nous dira si l'opération a été vraiment radicale.

M. *Mauclaire* qui, il y a 5 ans, a préconisé une technique opératoire analogue à celle que vient de décrire M. Delbet, insiste sur les dangers que courent les gros vaisseaux au cours de l'ablation des ganglions lombo-aortiques.

M. *Morestin*. — J'ai opéré suivant ce procédé un homme obèse et l'opération a été difficile et laborieuse. Le malade a succombé 48 heures après à des phénomènes de congestion intense. Ch. LE BRAZ.

Faculté de médecine de Paris.

Examens de doctorat. — *Lundi 14 mars*, à une heure. — Dissection épreuve pratique : MM. NICOLAS, RETTERER et OMBRÉDANNE. — 3e (2e partie) : MM. GAUTIER, LEGRY et Marcel LABBÉ. — 1er (oral) : MM. DELBET, RIEFFEL, et Branca. — 3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. CHARD, GAUTIER et SICARD ; — (2e série) : MM. DÉJERINE, André JOUSSET et LŒPER ; — M. MULON, suppléant. — 5e (chirurgie, 1re partie). *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. KIRMISSON, MONOD et PROUST ; — (2e série) : MM. HARTMANN. Aug. BROCA et Pierre DUVAL ; — M. MACAIGNE, suppléant.

Mardi 15 mars, à une heure. Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. QUÉNU, RÉMY et THIÉRY. — 1er (oral) : MM. PRENANT, NICOLAS et RETTERER. — 3e (oral, 2e partie) : MM. GILBERT BALLET, RÉNON et BRUMPT. — 4e : MM. THOINOT, BALTHAZARD et RICHAUD : — M. André BROCA, suppléant. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. POZZI, MARION et AUVRAY ; (2e série) : MM. de LAPERSONNE, MORESTIN et LENORMANT. — 5e (2e partie) *Charité* : MM. CHAUFFARD, JEANSELME et CARNOT ; — M. NOBÉCOURT, suppléant.

Mercredi 16 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. SEGOND, RETTERER, et RIEFFEL. — 2e : MM. GARIEL, GLEY et BRANCA ; — M. MULON, suppléant. — 5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. WURTZ, MARCEL LABBÉ et SICARD ; — (2e série) : MM. TEISSIER, LEGRY et André JOUSSET, ; — M. Pierre DUVAL, suppléant. — 5e (obstétrique) *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. PINARD, POTOCKI, et COUVELAIRE ; M. PROUST, suppléant.

Jeudi 17 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. NICOLAS, THIÉRY et LENORMANT. — 1er (oral) : MM. PRENANT, RETTERER et MORESTIN. — 3e (oral, 2e partie) : MM. CHAUFFARD, JEANSELME et BRUMPT. — 4e (1re série) : MM. Gilbert BALLET, VAQUEZ, et Fernand BESANÇON ; — (2e série) : MM. Pierre MARIE, WURTZ et RICHAUD ; — M. NICLOUX, suppléant.

Cours de clinique médicale. — Professeur : M. HAYEM. — M. GOUGET, agrégé, chargé du cours. M. GOUGET continue le cours de clinique médicale depuis le *jeudi 10 mars* 1910, à 10 heures 1/2, au Pavillon Moïana, et les samedis, mardis et jeudis suivants.

Programme de l'enseignement. — (Tous les jours, visite à 9 heures) *Lundi*, 10 h. 1/2. Leçon de thérapeutique clinique. — *Mardi*, 9 h. Examen des malades nouveaux et leçon au lit du malade. — *Mercredi*. 10 h. 1/2. Leçon et démonstration d'anatomie pathologique, de bactériologie, de physique et chimie appliquées à la clinique. — *Jeudi*. 10 h. 1/2. Leçon de clinique à l'amphithéâtre. — *Vendredi*, 9 h. Consultation spéciale et leçon sur les maladies de l'estomac. — *Samedi*, 9 h. Examen des malades nouveaux et leçon au lit du malade.

Les leçons du lundi et du mercredi seront faites par MM. AGASSE-LAFONT, chef de clinique ; G. ROSENTHAL, ancien chef de clinique ; PATER, chef de laboratoire.

La consultation et la leçon du vendredi seront faites par M. BENSAUDE, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique.

REVUE GÉNÉRALE

Les ictères hémolytiques ;

Par M. Henry FAYOLLE
Interne des hôpitaux de Paris.

Minkowski avait, en 1900, donné la description clinique d'une maladie caractérisée par un ictère chronique, souvent héréditaire, avec urobilinurie, splénomégalie et sidérose rénale. Un certain nombre d'auteurs, Bettmann ; Gilbert, Castaigne et Lereboullet, Widal et Ravaut ; A. Pick, von Krannals, ont approfondi l'étude de tel ou tel élément constituant de ce syndrome. La pathogénie restait à trouver.

En 1907, Chauffard montra qu'il existe des ictères congénitaux qui sont dus non pas à une altération du foie, mais à la diminution de la résistance des globules rouges (ictères hémolytiques).

Cette notion anatomo-physiologique était des plus intéressante, en ce sens que, jusqu'alors, on admettait, à la suite des travaux de Vaquez et Ribierre (1902) que dans l'ictère la résistance des globules est, le plus souvent, augmentée.

Widal, Abrami et Brulé ont montré ensuite (1907), par le procédé des hématies déplasmatisées, qu'il existe des ictères hémolytiques acquis, non congénitaux, et différant de ces derniers sur un certain nombre de points. Ce procédé consiste à séparer les hématies de leur plasma. Si l'examen porte sur le sang total, la résistance globulaire paraît normale ; au contraire, après la séparation d'avec le plasma, la fragilité globulaire apparaît.

Chauffard et Fiessinger ont mis en évidence (1907) la présence presque constante, au cours de l'anémie des ictères hémolytiques, d'hématies granuleuses décelables par le réactif de Pappenheim.

Depuis, les travaux sur la question se sont multipliés et l'on trouvera à l'index bibliographique la nomenclature des principaux d'entre eux.

Etude clinique.— Qu'il soit congénital ou acquis, l'ictère hémolytique présente une symptomatologie spéciale qui en fait une entité nosographique bien tranchée.

Il se caractérise : 1º par un syndrome ictérique particulier ; 2º par un syndrome hématologique.

1º *Syndrome ictérique.* — L'*ictère* est constitué par une couleur jaune franc, généralisée à tous les téguments et bien différente de la teinte jaune sale de beaucoup d'ictères chroniques.

Cette coloration ictérique est assez variable. Elle augmente dans certaines cironstances : fatigue, émotion du malade. Ces poussées d'ictère sont en rapport avec des périodes de déglobulisation intense. Elles s'accompagnent parfois de fièvre.

Il n'y a pas — et c'est là un point important — de signes d'intoxication biliaire : ni prurit, ni xanthelasma. Pas de ralentissement du pouls, pas d'amaigrissement.

Les ictères hémolytiques n'entraînent *jamais la décoloration des matières fécales.* L'analyse coprologique, pratiquée dans un cas de Chauffard et Troisier par R. Gaultier, a donné une formule d'hypersécrétion biliaire. Il n'y a jamais ou presque jamais de bilurubine dans les urines. Il s'agit donc là d'un *ictère acholurique.* L'urobiline et l'urobilinogène existent, au contraire, d'une façon presque constante dans les urines.

Le *foie* est, le plus souvent, de volume normal, quelquefois légèrement hypertrophié, dépassant d'un ou deux doigts le rebord costal. Il est constamment indolore. Disons de suite qu'il n'y a pas de signes d'insuffisance hépatique, comme le montrent l'épreuve du bleu de méthylène, celle de la glycosurie alimentaire, et de l'élimination uréique.

La *rate,* au contraire, est augmentée de volume dans la grande majorité des cas. Dans les ictères congénitaux, elle acquiert parfois un volume considérable et peut devenir accessible par la palpation abdominale. Dans les ictères acquis, elle est moins volumineuse ; mais, par contre, au moment des poussées d'ictères, elle augmente assez rapidement de volume et devient douloureuse ; puis elle revient progressivement à son volume primitif, en même temps que l'ictère s'atténue.

2º *Syndrome hématologique.* — *Anémie.* — Elle n'existe pas habituellementdans l'ictère, où la résistance globulaire est augmentée (Vaquez et Ribierre). Elle est, au contraire, constante dans les ictères hémolytiques. Même lorsqu'elle est peu accentuée, on trouve dans le sang des signes non douteux de rénovation sanguine continuelle qui se traduit par de la *polychromatophilie* très prononcée (20 à 40 pour cent d'hématies polychromatiques). L'*anisocytose* se voit surtout dans les formes acquises ; la *microcythémie* est constante, d'après Chauffard, dans les ictères hémolytiques congénitaux qu'il a examinés. En oute, il y a des signes très manifestes d'*activité de la moelle osseuse* : présence dans le sang de myélocytes et de globules rouges à noyau dans la proportion de 0,25 à 4 pour cent. Enfin, on constate, en très grande abondance, la présence d'hématies granuleuses, dont nous parlerons plus loin.

Ces constatations hématologiques présentent une haute importance. Elles montrent que, dans l'ictère hémolytique, le sang est dans un état d'équilibre perpétuellement instable et que, seule, la réaction myéloïde assure la permanence de cet équilibre, témoignant ainsi de la destruction incessante des hématies.

Un des caractères les plus nets de cette anémie — surtout dans les ictères acquis — c'est sa variabilité. Il se fait, par moment, des poussées de déglobulisation nettement appréciable si l'on a soin de pratiquer de façon répétée les numérations globulaires. C'est au moment de ces poussées d'anémie que se produisent, parallèlement, les poussées d'ictère et de splénomégalie.

Fragilité globulaire. — C'est le caractère hématologique essentiel de l'ictère hémolytique. Elle donne l'explication de l'anémie qu'on y observe. Normalement, la résistance globulaire, mesurée suivant le procédé de Vaquez et Ribierre est telle que l'hémolyse commence dans la solution au titre de 0,42 à 0,48 de chlorure de sodium. M. Chauffard, chez trois ictériques congénitaux, a montré que l'hémolyse commençait respectivement à 0,52, — 0,62, — 0,66.

Widal, Abrami et Brulé ont montré qu'en opérant avec des hématies débarrassées du plasma sanguin, on arrivait à des résultats beaucoup plus sensibles. Voici la technique qu'ils indiquent.

On recueille aseptiquement, par ponction d'une veine, quelques centimètres cubes de sang dans une solution isotonique d'oxalate de potasse (1).

Oxalate de potasse....................	0 gr. 2
Chlorure de sodium........	0 gr. 80
Eau distillée..........	100 gr.

On centrifuge le mélange ; on rejette, par décantation, le liquide sus-jacent au culot et on lave deux fois les globules. Pour cela, on remplit deux fois les tubes à centrifuger avec une solution de chlorure de sodium à 9 pour 1000 ; on agite et l'on centrifuge. C'est sur les hématies ainsi déplasmatisées que portera l'examen.

Pour cela il suffit d'avoir de l'eau distillée stérile et une solution de chlorure de sodium à 7 pour 1.000. Dans certains cas où la résistance globulaire est particulièrement faible, on pourra être obligé de recourir à la solution à 9 pour 1.000.

On dispose dans un porte-tubes trente-quatre petits tubes cylindriques de 6 centimètres de hauteur, et d'un diamètre de 12 millimètres. On verse d'abord l'eau distillée, en allant de gauche à droite, 2 gouttes dans le premier tube, 4 dans le second 6 dans le troisième etc. ; de sorte que le trentre-quatrième tube reçoit 68 gouttes d'eau distillée. On verse ensuite, toujours en

(1) Cette solution, comme toutes celles employées au cours des recherches sur la résistance globulaire, aura été stérilisée à l'autoclave ; la verrerie sera stérilisée au four Pasteur. En outre, on ne devra employer que du chlorure de sodium chimiquement pur. Il suffit pour cela de placer dans un creuset du chlorure de sodium ordinaire et de le porter à la température de fusion. On le laisse ensuite refroidir dans le creuset.

allant de gauche à droite, 68 gouttes de la solution de chlorure de sodium à 7 pour 1.000 dans le premier tube, 66 gouttes dans le second, 64 dans le troisième, etc., de sorte que le trente-quatrième tube reçoit deux gouttes de cette solution saline. On agite ensuite soigneusement les tubes pour effectuer le mélange. De la sorte, on a une série de solutions de plus en plus hypotoniques. Le premier tube renferme une solution de NaCl à 0,68 pour cent; le second à 0,66 le dernier à 0,02 pour cent. C'est le nombre de gouttes de la solution chlorurée dont on s'est servi qui représente le titre de la solution du tube correspondant. Toutefois, d'après Chauffard, il serait plus exact de se borner à donner le nombre de gouttes de la solution saline comme numéro au tube correspondant.

Pour effectuer la répartition des solutions dans les tubes, il y a intérêt à se servir d'un tube de verre stérilisé, bouché à l'ouate à ses deux extrémités, effilé à sa partie médiane et sectionné au milieu de l'effilure. L'une de ces pipettes est soufflée en boule à sa partie moyenne et sert à répartir dans les tubes l'eau distillée et les solutions salines. En comptant les gouttes, il faut avoir soin de tenir la pipette sous un angle constant pour avoir des gouttes d'égal volume.

L'autre pipette sert à répartir l'émulsion globulaire. On dépose dans chaque tube une goutte de l'émulsion d'hématies déplasmatisées, on agite les tubes pour effectuer le mélange ; on laisse reposer les tubes pendant dix minutes. Enfin, après les avoir numérotés, on les centrifuge, pendant deux minutes environ.

Pour établir la courbe de l'hémolyse, il y a lieu de recueillir trois éléments.

a) Hémolyse initiale : H^1, caractérisée par l'apparition d'une teinte jaune dans le liquide qui surmonte le culot globulaire ;

b) Hémolyse intense H^2, caractérisée par une teinte rose franc ;

c) Hémolyse totale H^3, lorsque le liquide est devenu rouge-cerise au-dessus d'un culot globulaire minime, et ne présente plus d'ondes soyeuses par agitation

La disparition complète du culot n'est souvent pas obtenue, même dans l'eau distillée.

Par le procédé des hématies déplasmatisées, Widal et ses collaborateurs ont montré que, dans un cas d'ictère congénital, l'hémolyse débutait à 0,82 et était intense à 0,66, alors que, avec le sang total, elle débutait à 0,68 et devenait intense à 0,54. Même différence pour les ictères acquis ; de sorte que ce procédé permet, dans un certain nombre de cas, de déceler une fragilité globulaire qui, sans lui, serait demeurée latente.

Les mêmes auteurs ont montré que, dans l'ictère hémolytique congénital et surtout dans l'ictère acquis, la résistance globulaire était également diminuée dans le plus grand nombre de cas, vis-à-vis des sérums humains normaux ou pathologiques, des sérums expérimentaux anti-humains et de l'extrait concentré de tête de sangsue.

Hématies granuleuses. — Chauffard et Fiessinger ont montré leur existence dans l'ictère congénital, en employant la technique suivante :

Le sang frais, étalé sur lame et *non fixé*, est traité par le réactif de Pappenheim. Ce réactif est formé d'un mélange à parties égales de deux solutions aqueuses, saturées l'une de pyronine, l'autre de vert de méthyle. La solution doit être préparée quelques jours à l'avance et filtrée au moment de s'en servir.

Les granulations sont colorées en rouge par la pyronine. La proportion d'hématies granuleuses indiquée par Chauffard et Fiessinger est de 15 à 20 pour cent.

Widal et ses élèves ont étudié ces hématies granuleuses par le procédé de la coloration vitale. On place entre lame et lamelle une très petite goutte de sang. Puis, on dépose sur un côté de la lamelle une goutte de bleu Unna dilué. Les granulations sont colorées en bleu foncé. Ces préparations ne pouvant se conserver, ces auteurs préconisent la technique suivante. On reçoit cinq à dix gouttes du sang à examiner dans un tube à centrifuger contenant trois centimètres cubes de la solution suivante :

Solution du NaCl à 10 pour 1000....	un cent. cube.
Solution d'oxalate de potasse à 20 pour 1000	un cent. cube.
Bleu polychrome d'Unna.	dix gouttes.

Le mélange est centrifugé pendant dix minutes. Le liquide est décanté, le culot globulaire déposé par gouttes avec une pipette sur lames. Les gouttes sont étalées avec la lame rodée ; puis la préparation est séchée et fixée par la chaleur.

Ces préparations se conservent et permettent la numération des hématies granuleuses. En outre, les hématies polychromatophiles y sont particulièrement évidentes si on laisse le sang en contact pendant une demi-heure avec la solution colorée.

Ces granulations par leur caractère basophile et par leur colorabilité par la pyronine se rapprochent des granulations basophiles décrites dans les hématies de certains anémiques (Askanazcy, Lazarus, Pappenheim), et dans le sang des saturnins (Sabrazès). Elles en diffèrent en ce que les hématies granuleuses des ictères hémolytiques ne sont pas visibles, comme celle de l'anémie ou du saturnisme, sur des préparations préalablement fixées.

En outre, alors que ces dernières sont constituées par des petits points réguliers, isolés, siégeant surtout à la périphérie de l'hématie, celle des ictères hémolytiques semblent, d'après Widal et ses élèves, « réunies les unes aux autres, par un fin réseau arborescent, coloré en bleu, aux mailles plus ou moins serrées, irrégulières et dessinant souvent, par leur intrication, une masse fortement chromotique qui simule au premier abord un noyau ».

L'origine et la nature des hématies granuleuses sont obscures. Pour Chauffard et Fiessinger, elles seraient le produit d'une réaction médullaire atypique. Toutefois, elles ne sont pas en rapport direct avec la fragilité globulaire. Dans certaines anémies expérimentales ou pathologiques, elles ont pu apparaître, alors que la résistance des hématies était normale. D'autre part il n'y a pas, non plus, de rapport entre l'intensité de l'anémie et le nombre des hématies granuleuses. Enfin, elles ne seraient pas absolument spéciales aux ictères hémolytiques. Widal en a constaté 3 ou 4 pour cent chez un malade présentant le type cholémique de Gilbert, ayant. 5.000.000 de globules rouges et une résistance globulaire normale. Elles n'en conservent pas moins une grande valeur séméiologique pour le diagnostic de l'ictère hémolytique.

Les hématies granuleuses ont été retrouvées par Sabrazès et Leuret dans le sang des nouveau-nés atteints d'ictère.

Auto-agglutination des hématies. — Cette réaction a été mise en évidence par Widal et ses élèves dans le sang de quatre malades ayant un ictère hémolytique acquis. Elle n'existait pas dans deux cas d'ictère hémolytique congénital ; elle était également absente dans un cas d'ictère congénital rapporté par Abrami. Il suffit, pour la constater, de mettre dans un verre de montre dix gouttes de sérum du malade et une goutte de ses globules rouges préalablement lavés. On mélange soigneusement. Au bout de quelques minutes, les hématies, d'abord réunies en petits grains, s'agglomèrent en une pellicule qui tombe au fond du verre. Au-dessus, le sérum est absolument clair.

En résumé, le syndrome ictérique que nous avons étudié ci-dessus et les éléments du syndrome hématologique : anémie, fragilité globulaire, hématies granuleuses, auto-agglutination des hématies, font de l'affection qui nous occupe une maladie à caractères bien tranchés et d'un diagnostic facile. Il suffit d'envisager la possibilité de son existence, en présence d'un cas donné, et de pratiquer l'examen du sang qui montrera immédiatement l'origine hémolytique de l'ictère.

Diagnostic. — La connaissance de l'ictère hémolytique présente une grosse importance pratique. En présence d'un *ictère chronique*, dont la cause ne paraît pas évidente, il y aura lieu, désormais, d'envisager l'hypothèse d'un ictère hémolytique et de pratiquer systématiquement l'examen du sang et, en particulier, de la résistance globulaire. Faute de quoi l'on serait exposé à intervenir chirurgicalement pour des malades qui n'ont aucun bénéfice à retirer d'une opération, comme le fait s'est produit pour une des malades de Widal, et dans un cas de Chauffard et Troisier.

Le diagnostic avec la lithiase biliaire peut être parfois rendu difficile par suite de l'existence de crises douloureuses rappelant les coliques hépatiques. Dans le cas de Minkowski il existait dans la vésicule un calcul pigmentaire.

Il en était de même dans l'autopsie du cas de Œttinger, et Chauffard se demande si la pléiochromie biliaire permanente n'entraîne pas la formation de calculs biliaires secondaires, ou tout au moins de boue biliaire, par suite de l'élimination insuffisante de l'excès de pigment.

C'est encore l'étude de la résistance globulaire qui permettra de différencier les ictères hémolytiques de ces ictères chroniques, souvent congénitaux et familiaux qui rentrent dans la catégorie de la *cholémie* de Gilbert. Dans cette affection qui présente une individualité bien nette, et qui, pour Chauffard et pour Widal, conserve toute son autonomie clinique, il n'y a pas d'anémie, la résistance globulaire est normale, il n'y a que peu ou pas d'hématies granuleuses.

L'*ictère chronique splénomégalique,* décrit par Hayem (1898), semble au contraire présenter des affinités plus étroites avec l'ictère hémolytique. En effet, sur les cinq malades étudiés par Hayem, deux ont été revus récemment. Dans les deux cas on a pu constater de la fragilité globulaire, et l'un d'eux est celui dont Vaquez et Giroux ont publié l'autopsie.

Par contre, l'*hémoglobinurie paroxystique,* dans laquelle intervient aussi la notion de l'hémolyse, doit être différenciée des cas qui nous occupent, en ce sens qu'il ne s'agit pas là d'un ictère par défaut de résistance globulaire, mais d'un ictère par action plasmatique. La résistance des hématies est normale, même lorsqu'elles ont été sensibilisées par le froid. Chauffard et Troisier ont rapporté l'observation d'un malade atteint d'ictère hémolytique avec résistance globulaire faiblement diminuée. (H[1] — 52) et 12 à 16 p. 100 d'hématies granuleuses. Ce malade était, en même temps, « un petit hémoglobinurique continu, avec, à trois reprises, des paroxysmes d'hémoglobinurie ». Ce cas constituerait un trait d'union entre les ictères hémolytiques et l'hémoglobinurie.

Enfin, c'est encore parmi les ictères hémolytiques par action plasmatique qu'il faut faire rentrer le cas rapporté par L. Tixier où la résistance globulaire était normale.

Ictères post-chloroformiques. — Quénu et Küss, ont étudié les ictères post-chloroformiques au point de vue de la résistance globulaire. L'examen du sang, pratiqué chez leurs malades par Abrami et Fiessinger, a montré que chez aucun d'eux, il n'y avait de diminution de la résistance globulaire. Dans un cas, le sérum avait une action hémolytique sur les globules rouges ; ce cas rentrerait, par conséquent, dans la catégorie des ictères hémolytiques par action plasmatique. La question des rapports des ictères post-chloroformiques avec les ictères hémolytiques n'est donc en rien élucidée, et appelle de nouvelles recherches.

Ictère des nouveau-nés. — Leuret (1904) a, le premier, montré que certains ictères des nouveau-nés étaient en rapport avec la diminution de la résistance globulaire. En appliquant les nouvelles techniques à l'étude de cette question, il a constaté que la plupart des cas d'ictère du nouveau-né étaient bien d'origine hémolytique et en rapport avec la fragilité des hématies, Sabrazès et Leuret (1908) ont trouvé dans le sang des nouveau-nés ictériques un nombre trois fois plus grand d'hématies granuleuses que chez le nouveau-né normal. Toutefois, leur proportion n'atteint pas celle qu'on rencontre d'ordinaire chez l'adulte et ne dépasse pas, en général, le taux de 6 pour cent.

Etiologie. — Les premières observations recueillies par Widal et ses collaborateurs semblaient indiquer la plus grande fréquence des ictères hémolytiques acquis dans le sexe féminin (quatre femmes sur quatre observations).

Il n'y avait pas d'antécédents hépatiques chez les malades. L'affection a pu survenir après des pertes sanguines abondantes (Widal et Joltrain). La forme congénitale est souvent familiale et héréditaire (Minkowski, von Krannals, Benjamin et Huka, A. Cade). Sacquépée a rapporté deux cas d'ictères hémolytiques constatés chez des paludéens.

Pathogénie. — Pour Minkowski, les altérations du sang relèveraient d'une lésion de la rate qui troublerait le mécanisme de la destruction du pigment sanguin. Cette pathogénie est admise par Chauffard, qui considère la splénomégalie comme cause principale de l'hémolyse. Il s'agirait d'un *ictère spléno-hémolytique* ; il y aurait un état d'*hypersplénie* avec pléiochromie biliaire secondaire.

Pour Widal, le volume de la rate suivrait parallèlement les variations de l'ictère. La splénomégalie serait secondaire à la destruction exagérée des hématies.

Le mécanisme de la production de l'ictère est d'une interprétation assez difficile. D'après les expériences classiques de Minkowski, Afanassiew, etc., par suite de l'excès d'hémoglobine dans le sang, le foie fabriquerait un excès de pigments biliaires, qui, résorbés, passeraient dans la circulation. C'est à cette pléiochromie que serait dû l'ictère.

Mais, pour Widal, on pourrait concevoir une autre explication de l'ictère. Le pigment se formerait dans l'organisme aux dépens des globules détruits par un mécanisme analogue à celui par lequel, dans les vieux foyers hémorragiques, l'hémoglobine se transforme en bilirubine et même en urobiline (Langhans, Quincke). De sorte qu'il s'agirait d'un ictère purement hématogène. Comme argument en faveur de cette opinion, il montre que dans les cas d'ictères hémolytiques qu'il a observés il n'y avait aucun symptôme de rétention biliaire, c'est-à-dire : absence de signes d'intoxication biliaire (prurit, bradycardie, amaigrissement), absence de sels biliaires dans le sérum et l'urine des malades, absence de signes d'accoutumance à l'intoxication biliaire, c'est-à-dire d'augmentation de la résistance globulaire, du diamètre des hématies, quantité normale d'hématies. En somme, pour Widal, il s'agirait, dans l'ictère hémolytique, d'une *cholémie purement pigmentaire.*

Quant à la fragilité globulaire observée chez les malades, on doit se borner, pour son explication, à des hypothèses. Widal envisage, pour les ictères hémolytiques congénitaux, la possibilité « d'une véritable dystrophie native des hématies, d'une sorte de stigmates de dégénérescence hématique transmissible héréditairement », et pour les ictères hémolytiques acquis, la possibilité « d'un processus toxique, d'origine endogène ou exogène ».

Il n'a relevé, chez aucun de ses malades, de stigmates de syphilis héréditaire ou acquise, et le traitement mercuriel, appliqué dans un de ses cas et dans celui de Chauffard et Troisier, n'a amené aucune modification des symptômes.

L'examen du sang a montré l'absence complète de microbes aérobies ou anaérobies. L'examen de matières fécales a montré l'absence de parasites intestinaux et une flore bactérienne normale.

Anatomie pathologique. — Il existe à l'heure actuelle trois autopsies de malades atteints d'ictère hémolytique (Minkowski Vaquez et Giroux, Œttinger).

Le foie est intact, les voies biliaires normales. Il y a une forte sidérose pigmentaire du foie (Castaigne) et des reins.

Les lésions de la rate, bien étudiées dans le cas de Vaquez et Giroux, se traduisent surtout par de la congestion de la pulpe splénique. Cette congestion est plus marquée dans les cordons de Billroth que dans les sinus eux-mêmes (congestion active de Ménétrier et Gauckler). Dans les sinus on voyait de nombreuses figures de macrophagie. Il n'y aurait là, pour Vaquez et Giroux qu'une simple exagération des fonctions normales de la rate.

Dans une autopsie de Œttinger, la rate était en pleine réaction macrophagique et pigmentaire avec, comme dans le cas de Vaquez et Giroux, congestion active du cordon de Billroth. Dans le foie, pas d'angiocholite, mais fine surcharge pigmentaire intra-cellulaire. Bile en état de pléiochromie avec boue biliaire et petits calculs de pigment. Il y avait, en outre, une surcharge pigmentaire énorme des ganglions spléno-pancréatiques efférents du parenchyme splénique. M. Chauffard voit dans ces lésions la confirmation de son opinion sur la nature spléno-hémolytique de l'ictère (hypersplénie avec pléiochromie biliaire secondaire).

Expérimentalement, Widal, Abram, et Brulé ont pu, par injection intra-péritonéale de toluylène-diamine, à la dose de

0,50 à 1 gr. 50, reproduire chez des animaux un ictère hémolytique avec des modifications sanguines analogues à celles de l'ictère hémolytique ; anémie globulaire, diminution de la résistance globulaire, apparition d'hématies granuleuses. Tout le syndrome diminuait ensuite pour disparaître au bout de quelque temps.

Dans l'ictère par rétention expérimentale, les modifications sanguines sont, comme chez l'homme, exactement opposées : pas d'anémie, résistance globulaire augmentée, absence d'hématies granuleuses.

Pronostic. — Il réside surtout dans l'intensité de l'anémie et, de ce chef, il semble que l'ictère hémolytique acquis soit une affection plus grave que l'ictère congénital. Dans cette dernière forme, l'équilibre hématique, pour instable qu'il soit, n'en existe pas moins dans la plupart des cas. C'est précisément des sujets atteints de cette variété d'ictère que Chauffard dit qu'ils sont *plus des ictériques que des malades*. Pour cet auteur, leurs chances de survie sont peu diminuées, leur foie reste longtemps suffisant. Le processus hémolytique est *plutôt ictérisant que sclérogène*. La lésion globulaire reste, le plus souvent, une lésion compensée.

Dans les formes acquises, au contraire, l'anémie parfois extrême, les poussées fébriles s'accompagnant de faiblesse et de prostration peuvent simuler le tableau de l'anémie pernicieuse ictérique. « Dans les périodes d'améliorations et de rénovation sanguine, la menace incessante du retour brusque des poussées anémiques rend tout effort impossible au malade, l'immobilise et l'empêche de mener une existence normale. » (Widal et Abrami).

Traitement. — Il devra surtout viser l'anémie.

Pour cela, on a eu recours (Widal, Chauffard), à l'opothérapie médullaire et à la médication arsenicale, mais sans résultat.

Le fer, au contraire, a pu produire une action des plus favorables.

A dire vrai, il est sans influence sur la diminution de la résistance globulaire, mais il facilite la réparation sanguine et augmente, d'une façon remarquable, le nombre des hématies et leur teneur en hémoglobine.

Les essais faits par Widal, pour augmenter la résistance globulaire par l'emploi du chlorure de calcium, sont demeurés sans résultat.

BIBLIOGRAPHIE

Abrami : Nouveau cas d'ictère hémolytique congénital et familial (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 16 octobre 1908, p. 329.) — E. Benjamin et E. Huka : Ueber eine chronische mit Icterus einhergehende Erkrankung des Blutes (*Berlin klin. Woch.*, 26 août 1907). — Bettmann : Ueber eine besondere Form des chronischen Ikterus (*Munch. med. Woch.*, 5 juin 1900). — Bué et Voron : Ictère des nouveau-nés. (*Société obstétricale de France*, octobre 1908). — André Cade : Une famille d'ictériques. Cholémie familiale et ictères hémolytiques. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 30 octobre 1908, p. 421). — J. Castaigne : Les ictères hémolytiques avec sclérose pigmentaire du foie. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 15 novembre 1907, p. 1211). — A. Chauffard : Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte (*Semaine médicale*, 16 janvier 1907). A propos de la communication de M. Vaquez (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 nov. 1907, p. 1201). Les ictères hémolytiques (*Semaine médicale*, 29 janvier 1908, nº 5, p. 49). — Chauffard et Fiessinger : Ictère congénital hémolytique avec lésions globulaires (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 8 nov., 1907, p. 1169). Recherches expérimentales sur les rapports entre l'hémolyse et les hématies granuleuses (*Soc. méd., des hôpitaux de Paris*, 29 nov. 1907, p. 1367). Nouvelles recherches sur la genèse des hématies granuleuses (*Société de Biologie*, 14 déc., 1907, p. 672). — Chauffard et Rendu : La résistance globulaire normale chez l'adulte (*Presse médicale*, 1907, nº 44, 1er juin, p. 345). — Chauffard et Jean Troisier : Deux cas d'ictères hémolytiques. (*Soc. méd., des hôp., de Paris*, 30 oct. 1908, p. 411). — Chauffard et Troisier : Des rapports de certaines anémies splénomégaliques avec l'ictère hémolytique congénital (*Bull. de la Soc., des hôp. de Paris* 1909, 19 février). — Geaudeau : Le pouvoir hémolytique du sérum sanguin et la résistance globulaire ; recherches chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1906). — Armand-Delille et Feuillée : Un cas d'anémie splénomégalique avec fragilité globulaire (*Bull. de la Soc. méd., des hôp., de Paris*, 1909, 12 février). — Gilbert, Castaigne et Lereboullet : Un cas d'ictère familial (*Bull. de la Soc. méd des hôpitaux de Paris*, 27 juillet 1900, et *Semaine médicale*, 1900, p. 281). — Gilbert, Lereboullet et Herscher : Les trois cholémies congénitales (*Bull. de la Soc. méd. des hôp., de Paris*, 15 nov. 1907, p. 1203). — Hayem : Ictère chronique splénomégalique. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 janvier 1908). — Jacob et Lévi-Valensi : Un nouveau cas d'ictère hémolytique non congénital (*Bull. de la Soc., méd. des hôp., de Paris*, 5 février). — H. von Krannals : Ueber kongenitales Ikterus mit chronischen Milztumor (*Deutsch. Arch., f. klin. med.* 1906, LXXXI, 5-6, p. 596-612). — Legendre et Brulé : Deux cas d'ictère hémolytique (*Bull. de la Soc. méd. des hôp., de Paris*, 1909, 22 janvier.) — E. Leuret : Etude sur quelques cas d'ictères des nouveau-nés (*Thèse de Bordeaux*, 1904). — Etudes sur la résistance globulaire du nouveau-né envisagée spécialement dans ses rapports avec l'ictère idiopathique (*Gaz. Hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 29 mars 1908). — Minkowski : Ueber eine eigenthümliche hereditäre Form von Splenomegalie mit chronischen Ikterus (*Verhandl des 10 Kongress f. inn. med.* 1900, Wiesbaden). — W. Œttinger : Sur un cas d'ictère d'origine hémolytique non congénital. Etude des lésions anatomiques (*Bull. de Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 16 octobre 1908, p. 391). — Aloïs Pick : Ueber hereditäres Ikterus (*Wien. klin. Woch.*, 23 avril 1903, p. 493). — Quénu et Küss : Note sur les ictères post-chloroformiques. (*Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 4 nov. 1908, p. 1108). — P. Ribierre : L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire (*Thèse de Paris*, 1903). — Sabrazès et Leuret : Hématies granuleuses et polychromatophilie dans l'ictère des nouveau-nés (*Gaz. Hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 15 mars 1908). — Sacquépée : Ictères hémolytiques d'origine paludéenne (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 23 octobre 1908, p. 357). — Sacquépée. : Ictère grave streptococcique ; formule hématologique des ictères hémolytiques avec réaction granuleuse retardée (*Bull. de la Soc. méd. des hôp., de Paris*, 1909, 29 janvier). — L. Tixier : Réaction de la moelle osseuse dans un cas d'ictère hémolytique (*Société de Biologie*, 18 janvier 1908). — L. Tixier : Ictère hémolytique ; résistance des hématies sensiblement normales (*Société de Biologie*, 11 janvier 1908). — Vaquez et Giroux : Ictère chronique acholurique avec splénomégalie (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 8 novembre 1907, p. 1184). — Vaquez et Ribierre : De la résistance du sang au cours de l'ictère (*Société de Biologie*, 26 juillet 190 , p. 1074). — Widal et Abrami : Types divers d'ictères hémolytiques non congénitaux avec anémie. La recherche de la résistance globulaire par le procédé des hématies déplasmatisées (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 8 nov. 1907, p. 1127). — Widal, Abrami et Brulé : Différenciation de plusieurs types d'ictères hémolytiques par le procédé des hématies déplasmatisées (*Presse médicale*, 9 octobre 1907, nº 81, p. 641). — Hémolyse par fragilité globulaire et hémolyse par action plasmatique (*Soc. de Biologie* 19 octobre 1907). Pluralité d'origine des ictères hémolytiques ; recherches cliniques et expérimentales (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 29 nov. 1907, p. 1354). — Anémie grave mortelle chez une brightique azotémique. (*Bull. de la Soc. de méd. des hôp., de Paris*, 13 décembre 1907). — Diversité des types d'hématies granuleuses (*Soc. de Biologie*, 21 mars 1908). — Auto-agglutination des hématies dans l'ictère hémolytique acquis (*Soc. de Biologie*, 11 avril 1908). — Les ictères d'origine hémolytique, (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, avril 1908, nº 4, p. 193). — Widal et Joltrain : Ictère hémolytique développé au cours d'une anémie post-hémorragique (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 nov. 1908, p. 468). — Widal et Philibert : La fragilité globulaire de certains ictériques congénitaux. (*Gaz. des hôpitaux*, 19 septembre 1907). — Widal et P. Ravaut : Ictère chronique acholurique congénital (*Bull. de la Soc. des hôp. de Paris*, 21 nov. 1902, et *Semaine médicale*, 1902, p. 392). — Fiessinger et Abrami : Les Hématies à granulations. Procédés de coloration valeur séméiologique. (*Revue de médecine*, 10 janvier 1909.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos d'un roman médical

Je n'ai jamais vu M. Gabriel-Edouard Lévy, mais je l'aime ! Je l'aime comme écrivain élégant, bien ordonné, subtil, aussi bien que comme moraliste sans méchanceté ni orgueil, dont le récent livre, *Le Médecin* (1), me laisse le souvenir d'une douce et agréable mélancolie.

Oh ! ce n'est pas que la trame du roman soit bien compliquée. Il repose sur une idylle dont on pourrait surprendre dans la vie réelle les gracieux échos : un médecin s'éprend d'une malade, la sauve et l'épouse. Mais dans le livre du Dr Lévy, cela ne va pas si vite. Cette histoire d'amour du jeune Dr Bertier pour Mlle Taqueray se déroule lentement, sans lassitude pour le lecteur, au travers de circonstances ou de situations dramatiques, dans lesquelles se meuvent des personnages divers, qui font que « Le Médecin » est, en raccourci, le tableau vivant de la vie médicale, avec ses angoisses et ses amertumes, mais aussi avec ses consolations et ses joies.

Au frontispice du livre est inscrite cette pensée de Maurice Maeterlinck : *Ceux qui savent ne savent rien s'ils ne possèdent pas la force de l'amour*. Je ne pense pas que notre confrère entende par là que le médecin doive aimer ses malades jusqu'à l'idylle. Comment y suffirait-on ? Mais il a voulu sans doute exprimer fortement cette vérité : c'est que l'idée n'est une force qu'autant qu'elle est *sentie* ; ou bien encore, que la volonté n'est puissante qu'autant qu'elle est soutenue par des sentiments puissants. N'est-ce pas Herbert Spencer qui a écrit : « Ce sont les sentiments qui mènent le monde » ?

***

Or donc, le héros de la pièce, le jeune et enthousiaste Dr Bertier, soigne Mlle Taqueray, atteinte de fièvre typhoïde. Et alors nous assistons à des consultations : c'est le professeur Fernand Widal qui ne trouvera pas indiscret de figurer dans le roman, comme « savant déjà connu par des travaux retentissants » ; c'est ce brave Dr Herbel, vieux et bon médecin de campagne, que M. Gabriel Lévy place dans une situation dramatique, qu'aurait aimée Victorien Sardou.

En effet, le Dr Herbel vient à Paris consulter pour lui-même, mais sous le nom d'un malade quelconque. Le « grand » médecin lui donne un diagnostic bénin orné des meilleures paroles, et lui remet une lettre pour le vrai Dr Herbel. Celui-ci ouvre la lettre : « Cancer de l'estomac ».

Plus tard ce sont d'autres consultations autour de Mlle Taqueray, avec le professeur Dalvinet et le Dr Rocquois, jeune médecin des hôpitaux qui s'était illustré par de « savantes hypothèses et des découvertes paradoxales ». Au fait, si je présentais tel quel ce petit tableau :

> Tour à tour, Rocquois et Dalvinet exprimèrent leur avis. Leur démonstration, lucide et calme, rappelait la délibération des jurés, à la fin des débats, dans leur salle réservée. Une telle insouciance sentimentale s'étalait dans leurs phrases, une si cruelle impartialité dans l'énumération des tares héréditaires, des complications, des répercussions lointaines, des prévisions funestes, qu'ils semblaient, envers la pauvre enfant délirante, animés de la sévérité avec laquelle on marchande des circonstances atténuantes à un grand criminel. Un frisson glaça Bertier, comme s'il eût été un membre de la famille, épiant, selon l'usage, par une porte entrebâillée, les vérités confidentielles que se chuchotent les médecins.
>
> . . . .
>
> Sous la dictée du professeur Dalvinet que guidaient, par intervalles, les remarques de Rocquois et les rappels de Bertier, celui-ci écrivit la longue ordonnance. L'ensemble des prescriptions anciennes s'y retrouvait. Mais les variantes du texte, le libellé des formules, la disposition des alinéas, prêtaient au traitement cet éclat de nouveauté qui démontre aux familles l'opportunité des consultations les plus stériles.

***

Je n'ose aller plus loin dans un glanage qui mériterait d'être plus long.

Confrères, lisez ce livre d'un confrère ! Vous y découvrirez, dans une gangue souple et légère, quoique un peu épaisse par endroits, de fines observations prises dans le grand et dans le petit monde et qui vous laisseront l'arrière-goût du menu quotidien de la vie médicale. Cette lecture vous délassera, au moins pour quelques instants, et des *morticoles*, et des discussions aigres-douces entre Girondins et Montagnards, et des « tarifs Dubief », et des ceintures Mac-Laughlin, et du pauvre concours d'agrégation,... et du...

Avec M. Gabriel-Edouard Lévy on respire en douce compagnie. Il semble que l'auteur du roman *Le Médecin* se soit attaché comme modèle précisément Maurice Maeterlinck dont il a pris une pensée pour en faire un *sursum corda*. Comme l'auteur de *La Sagesse et la Destinée*, de la *Chance*, etc., M. Gabriel Lévy met volontiers au service d'une douce philosophie objective et nullement désespérée, un style imagé, d'où s'exhalent de-ci, de-là, des bouffées de poésie. Il y a, dans *Le Médecin*, du charme et de la moralité. CORNET.

(1) *Le Médecin*, roman, par Gabriel-Edouard LÉVY (1 vol. in-8, de 306 p. chez Fasquelle).

MÉDECINE PRATIQUE

Sur l'épilepsie infantile et son traitement par le bromure ;

Par le Dr G. PAUL-BONCOUR

Ancien interne des hôpitaux, médecin de l'Institut Médico-Pédagogique.

Si nombreux que soient les articles et les travaux relatifs à cette question, il est fréquent de rencontrer des enfants atteints du mal comitial traités d'une façon défectueuse. Un enfant présente-t-il des crises convulsives, immédiatement il est soumis à un traitement bromuré sans méthode et sans régime alimentaire. Le succès du médicament n'étant pas démontré, la famille l'abandonne, perdant du même coup un temps précieux et sa confiance dans le bromure.

Or le bromure est cependant le remède indiqué dans la très grande majorité des cas, mais c'est de lui qu'on peut dire ce que mon maître Jules Simon pensait de certains médicaments : la façon de donner vaut quelquefois mieux que ce qu'on donne.

En corrigeant ce qu'il y a d'exagéré dans cette formule, il demeure évident que le mode de faire a une énorme importance pour que la bromuration soit couronnée de succès.

Il est impossible de soigner convenablement un épileptique sans une ligne de conduite et suivie consciencieusement.

Tout d'abord, avant d'entreprendre le traitement médicamenteux de cette affection, il faut être bien convaincu de sa nature : dans la plupart des traités on lit qu'il existe deux épilepsies, l'épilepsie essentielle et l'épilepsie symptomatique. Mais pratiquement il est clair que cette classification tient lieu d'explication et dissimule l'ignorance dans laquelle on se trouve relativement à certaines épilepsies. Ce qui est certain, c'est que l'épilepsie est un symptôme dont les causes sont tantôt connues, tantôt ignorées.

Seule, l'observation constante et méthodique est capable de découvrir des causes primitivement inaperçues. D'ailleurs, toutes les causes ont besoin, pour se faire sentir, de rencontrer un terrain propice. Pour parler autrement : l'épileptique est avant tout un sujet porteur d'un état congénital ou acquis prédisposant à la convulsion.

Sous l'influence d'agents provocateurs l'aptitude convulsive apparaît, mais certains sujets ont cette aptitude très marquée « à fleur de peau » comme on l'a si bien dit. Aussi le paroxysme se fait-il jour à chaque instant sous l'influence de causes presque négligeables. Ce sont ces cas qui constituent l'épilepsie essentielle.

D'autres sujets ont des crises plus ou moins fréquentes provoquées par des causes faciles à déterminer. Entre ces deux ordres de faits, il existe tous les intermédiaires, et quoi qu'on fasse, la distinction est purement factice.

***

Le premier devoir du médecin est donc d'examiner avec un soin scrupuleux l'enfant épileptique afin de déterminer la ou les causes influençant l'apparition des paroxysmes ; comme l'enfant est le plus souvent incapable de fournir avec exactitude l'explication de ce qu'il éprouve, nécessité est de se baser sur des renseignements objectifs. Tous les appareils seront passés en revue, toutes les fonctions seront scrutées et tous les renseignements sur la vie quotidienne de l'enfant, sur son alimentation, ses jeux, son caractère, son hygiène, etc., seront recueillis.

En conséquence, dès le début de tout traitement, ai-je l'habitude de demander aux familles ou aux personnes chargées de la surveillance des enfants, de tenir régulièrement au jour le jour un carnet de santé, et d'y faire figurer les réponses aux questions que je pose. Cette habitude, qui m'a été donnée par le Dr Bourneville, a cet incomparable avantage de forcer les parents à surveiller l'enfant, à l'observer et à s'attacher au traitement.

Cette observation journalière doit se prolonger longtemps, car c'est elle qui indiquera si l'action du bromure se fait sentir ou si l'affection est en voie de modification. Elle est surtout nécessaire pour les enfants menant la vie familiale, car la lecture du carnet de santé permet au médecin d'apprécier le soin apporté à l'application du traitement.

***

Le remède de choix est incontestablement le bromure en raison de ses propriétés anesthésiques et amyosthéniques. Si le bromure ne réussit pas, les autres médicaments ont bien des chances d'être inefficaces : beaucoup d'insuccès imputés au bromure proviennent de ce qu'on n'a pas donné des doses suffisantes, ou de ce qu'on ne les a pas administrées assez longtemps.

A quel bromure donner la préférence ?

J'estime, avec Féré et Bourneville, que le mélange des trois bromures de potassium, sodium et ammonium est ce qu'il y a de meilleur et que cette association réussit mieux que chaque bromure isolé. J'ai utilisé d'autres mélanges, j'ai utilisé ces sels séparément et j'avoue que je n'ai pas constaté de supériorité. Depuis quelque temps, j'ajoute au mélange tribromuré du bromure de calcium, mais mes observations ne sont pas assez prolongées pour exprimer une opinion définitive.

Les bromures réussissent dans tous les cas où existent des phénomènes spasmodiques ou moteurs : dans les formes psychiques leur emploi doit être essayé, mais leur influence est moins marquée.

Dans les vertiges l'emploi du bromure est discuté : je crois que toute discussion cesserait si l'on s'entendait bien sur ce qu'il faut dénommer vertige. Beaucoup d'auteurs désignent ainsi (à tort, à mon avis) des pertes de connaissance avec chute et quelques convulsions légères souvent localisées. Ces manifestations constituent des crises diminuées, des accès de petit mal : du moment qu'apparaissent des phénomènes moteurs, le bromure est indiqué.

Mais si l'on ne considère comme vertige épileptique que cette sensation en vertu de laquelle le malade croit tourner ou voit tourner ce qui l'environne, il n'en est plus de même. C'est à ce phénomène seul que convient le nom de vertige épileptique (aura vertigineuse suivie d'un paroxysme ou phénomène isolé interparoxystique).

Il peut même arriver que, la bromuration ayant fait disparaître les phénomènes convulsifs, ce vertige soit la dernière trace de l'accès disparu.

***

Puisque le bromure est le médicament de choix, il s'agit de l'administrer dans les meilleures conditions possibles. Autrement dit, il faut qu'il donne *un maximum d'effet avec un minimum d'inconvénient.* Cette formule doit être constamment présente à l'esprit : la bromuration, pour donner des résultats, doit être continuée plusieurs années, or si des circonstances secondaires viennent s'opposer à cette longue administration médicamenteuse, le traitement est abandonné.

Un adulte a parfois l'énergie d'oublier son manque d'appétit, ses troubles digestifs, ses ennuis cutanés : un enfant n'a pas cette ténacité; ses plaintes continuelles provoquent un relâchement dans l'observation des prescriptions et naturellement des insuccès.

Heureusement que la méthode de MM. Richet et Toulouse est venue transformer la médication par le bromure, en démontrant que le brome ingéré, s'il ne rencontre pas un excès de chlorures, se fixe en plus grande quantité sur les différents organes et sur les cellules nerveuses.

Comme nous avons l'habitude d'absorber quotidiennement une dose de sel supérieure à la dose nécessaire à l'entretien (qui n'en exige que deux à quatre grammes par jour), il est facile d'abaisser le degré de chloruration de l'organisme et cela sans inconvénient. Mais cet état permet de donner des doses moindres de bromure. On réalise ainsi le principe ; maximum d'effet, minimum d'inconvénients.

L'enfant épileptique, dont la bromuration doit se continuer longuement, bénéficie plus que tout autre du régime alimentaire hypochloruré, à la condition qu'on fasse subir à l'ensemble du traitement quelques modifications réclamées par les nécessités personnelles.

En effet dans un excellent mémoire (1), Long a démontré que certains sujets n'avaient besoin que d'une hypochloruration relative ; tandis que d'autres devaient avoir une élimination de chlorure se rapprochant de la dose physiologique.

(1) *Revue de médecine,* 10 octobre 1909.

Il est donc naturel de procéder par tâtonnement et de chercher la dose de bromure et le degré de chloruration permettant d'obtenir des résultats satisfaisants. C'est pourquoi, à l'Institut Médico-Pédagogique, les épileptiques sont mis systématiquement au régime hypochloruré suivant : pain non salé, pas de sel dans les légumes les rôtis ou les grillades ; une fois par jour, du potage salé très légèrement ; deux fois par semaine ragoût légèrement salé.

Avec ce régime, la chloruration urinaire *par litre* oscille de 2, 5 à 3,85. Chez nos enfants soumis au régime normal, la chloruration par litre va de 10 à 12, 85.

Remarquons en passant que jamais aucun élève n'a formulé une plainte contre ce régime et n'en a éprouvé la moindre gêne. C'est la meilleure réponse que je puisse faire à ceux qui déclarent cette méthode inapplicable en raison de sa fadeur et de l'anorexie qu'elle peut provoquer : le raisonnement d'ailleurs le fait prévoir, puisque c'est l'habitude qui crée le besoin de sel.

Malheureusement, l'enfant qui vit avec les siens peut difficilement être soumis à ce régime spécial. Il voit ses parents, ses frères, ses sœurs, absorber une nourriture différente de la sienne, et il s'en plaint. Les parents ne savent pas toujours rester insensibles à ses doléances et se laissent aller à accorder un peu de sel. Beaucoup même ne s'en aperçoivent pas ou ne veulent pas le reconnaître. Aussi ai-je l'habitude d'exiger qu'un dosage des chlorures soit pratiqué tous les 15 jours afin de pouvoir me rendre compte de la façon plus ou moins stricte dont est suivi le régime.

Avec une alimentation ainsi comprise, le bromure peut être donné en toute confiance. J'ai l'habitude de prescrire pour commencer 1 gr. de 5 à 8 ans et 2 grammes au-dessus ; la dose est augmentée de 0.25 cent. tous les cinq jours et cela jusqu'à ce qu'on ait trouvé la *dose rationnelle*.

Je désigne ainsi la dose qui amène les premières manifestations du bromisme : l'abolition du réflexe pharyngien est un excellent critérium : il témoigne d'un commencement de saturation et précède la torpeur intellectuelle, la dépression générale et la paresse pupillaire. Il va de soi que si les crises convulsives disparaissent avant que le signe ne soit constaté, il est inutile de le provoquer.

Cette dose une fois établie, il faut y rester à moins que des symptômes d'intoxication bromique plus accentués ne surviennent. A ce moment précis, on note soigneusement le degré de chloruration pour ne plus s'en écarter.

La dose rationnelle ne doit pas dépasser 3 gr. à 3 gr. 50; si les doses de bromure n'amènent aucun phénomène on ne se gardera d'augmenter la dose de bromure mais on soumettra le malade à un régime alimentaire plus sévère de façon à diminuer encore sa chloruration.

Dans ce cas, le sel est absolument proscrit. Si l'enfant se plaint, on lui accorde une certaine dose de bromure de sodium de façon à donner du goût aux aliments. Mais cette dose est comprise dans la totalité des bromures administrés quotidiennement.

Aux enfants soumis à ce régime on donne de préférence les aliments peu riches en chlorure de sodium (1).

Si le dosage régulier des chlorures urinaires est une nécessité pour tout enfant vivant dans sa famille, il est inutile de le pratiquer si l'enfant vit dans une maison de santé et est soumis à un régime hypochloruré soigneusement appliqué et surveillé. Ce dosage ne devient nécessaire que le jour où la chloruration doit être abaissée, et où l'enfant est soumis au régime alimentaire que je viens d'indiquer.

Il ne faut pas se dissimuler que ce régime déchloruré est difficile à suivre en raison de sa fadeur et de son uniformité. Néanmoins avec un peu d'autorité, on parvient à le faire accepter des enfants, surtout si l'on a soin de les faire manger à part, de leur cacher le régime normal de leurs compagnons habituels.

***

J'ai fait observer que ce traitement devait être continué longtemps : il faut parler d'années ! Il est donc habile et prudent de prévenir la famille et de lui expliquer le pourquoi de cette longue médication, sans quoi elle perdrait patience. Il faut aussi que les parents sachent bien qu'en admettant que le traitement ne donne au bout de quelques mois aucun résultat, il convient de ne pas se décourager. Qu'on les informe aussi qu'une diminution de l'intensité des crises est un succès et surtout que la disparition des crises convulsives n'autorise pas à supprimer le bromure.

Je considère que chez un enfant le bromure doit être pris à la dose rationnelle pendant trois ans après la disparition de la dernière attaque. Ce n'est qu'ensuite qu'on cherchera peu à peu à diminuer la dose du bromure en attendant qu'on supprime cet agent thérapeutique. Pour agir prudemment, la méthode oscillante peut être employée, c'est-à-dire qu'on diminue la dose de 0.25 cent. durant quelques jours pour revenir ensuite à la dose supérieure et ainsi de suite.

Pendant toute cette période de débromuration, le carnet de santé doit être tenu avec soin et fréquemment communiqué au médecin, pour que les phénomènes larvés, les attaques ébauchées, les incidents précurseurs des attaques, ne passent pas inaperçus : la dose rationnelle doit être reprise à la première alerte.

Je ne crois pas exagérer en demandant que cette période de débromuration dure au moins une année, et de plus si elle coïncide avec certaines époques critiques, établissement des règles, croissance rapide, etc., je suis d'avis de la prolonger.

Enfin, je conseille toujours aux anciennes épileptiques devenues enceintes de reprendre du bromure.

Bien que cela soit étranger à mon sujet, je tiens à affirmer que beaucoup de femmes éclamptiques sont des épileptiques, et en scrutant leur passé pathologique, on découvre souvent des antécédents épileptiques, des phénomènes convulsifs, des crises larvées, des équivalents, à un moment donné de leur existence. Bien des manifestations convulsives passagères sont oubliées des familles.

***

La meilleure façon d'administrer le bromure est de donner le médicament en deux fois et au moment même des repas.

D'aucuns, prétendant que le mélange avec les aliments rend l'action du bromure moins intense et amène des troubles digestifs, conseillent de le donner une heure avant de manger.

J'ai employé les deux systèmes en notant les résultats et je n'ai constaté aucune différence appréciable. J'ajoute même que certains enfants se plaignent au contraire de cette prise en dehors des repas.

Afin d'assurer le bon fonctionnement du rein, le mieux est de dissoudre le bromure dans une certaine quantité de tisane diurétique à laquelle on peut ajouter du nitrate de

(1) Par exemple le fromage, les légumes verts, les poissons de mer, la charcuterie, sont bannis.

pilocarpine, dont le Dr J. Voisin, si compétent en pareille matière, a montré les bons effets.

Il existe de nombreuses et d'excellentes préparations bromurées : la manière la plus simple et la plus économique est de prescrire un mélange à parties égales des trois bromures soigneusement pulvérisés et placés dans un vase en verre. Chaque jour la dose ordonnée est pesée ou bien elle est prise à l'aide d'une petite mesure contenant 0.25 cent. du mélange. Il est facile d'augmenter ou de diminuer les doses suivant les indications.

* * *

J'expose ici une méthode qui m'a donné d'excellents résultats, sans pour cela prétendre qu'en dehors d'elle il n'est pas de salut. En face de l'épilepsie, il faut être avant tout éclectique : et s'il est bon d'avoir une ligne de conduite, il n'est pas moins excellent, devant des insuccès, de la modifier.

Aucune méthode ne doit être repoussée et, si l'on se se donnait la peine de raisonner sur chaque cas particulier, on finirait par découvrir les indications précises de tel ou tel système.

Il est, par exemple, un mode d'administration du bromure que je vois uniformément repoussé dans la plupart des travaux français relatifs au traitement de l'épilepsie : c'est le mode des doses massives préconisé par certains auteurs anglais, qui donnent tous les deux ou trois jours une forte quantité (15 à 20 gr.) de bromure. Or, je connais des enfants et des adultes souffrant d'attaques très espacées, auxquels cette méthode a rendu des services.

Comme la lecture du carnet de santé m'a démontré que, chez ces sujets, la crise est toujours précédée d'énervement, d'irritabilité, d'incontinence d'urine, ou de phénomènes nerveux divers, j'ai essayé de les saturer brusquement de bromure, par des doses relativement massives. Certes, ce mode de faire occasionne des troubles gastriques et intestinaux, mais ils ne sont que passagers et je puis ainsi supprimer des crises, qui, malgré leur rareté, rendaient l'existence du malade extrêmement pénible.

Dans un prochain article, je donnerai quelques indications sur l'hygiène physique et intellectuelle des enfants épileptiques.

MÉDECINE D'URGENCE

Un cas de hernie étranglée spontanément réduite par le bercement ;

Par M. MIRAMOND DE LAROQUETTE
Médecin-major à Nancy.

Le cas d'éventration étranglée guérie par la position inclinée tête basse qu'a relaté ici récemment M. Basset (12 fév. 1910) m'a rappelé un cas de hernie étranglée spontanément réduite qui n'est pas sans analogie avec l'observation précitée, et qui mérite peut-être aussi d'être rapporté.

Le fait s'est d'ailleurs passé dans des conditions curieuses et mouvementées qui ajoutent encore à l'intérêt du cas clinique.

C'était en avril 1901, pendant la campagne de Chine, au retour d'une colonne sur Ouilou. Le régiment auquel je comptais s'était, après l'étape du matin, arrêté pour cantonner dans un village à 18 kil. de Paoting-fou, préfecture du Petchili où nous devions arriver le lendemain.

Vers six heures du soir, je fus appelé dans le cantonnement près d'un homme qui, peu de temps avant, en déchargeant les bagages de la colonne, avait brusquement ressenti une vive douleur dans le ventre, et qui depuis se plaignait de coliques avec nausées et malaise général très accentué. C'était d'ailleurs un vigoureux gaillard qui jusqu'alors s'était très bien porté et qui ne présentait aucune tare physique.

Dans la région inguinoscrotale gauche se trouvait une tuméfaction plus grosse qu'un œuf, tendue, sonore, douloureuse qui manifestement était une hernie étranglée.

M. le médecin-major P. et moi essayâmes, l'un après l'autre, de réduire la hernie par un taxis modéré et prudent quoique suffisamment énergique. Nous n'y pouvons parvenir. L'orifice externe du canal inguinal paraissait très étroit et le sujet affirmait n'avoir jamais eu de hernie ; la kélotomie semblait s'imposer : cependant étant données les conditions précaires du cantonnement, et l'impossibilité où nous étions de rester sur place, en pays hostile, un temps suffisant, nous décidâmes de ne pas intervenir le soir même, et d'emmener avec nous le lendemain matin notre malade à Paoting-fou où se trouvait un hôpital de campagne très bien organisé. C'était en somme remettre seulement l'opération à quelques heures, le départ de la colonne devant avoir lieu le lendemain de grand matin.



FIG. 1.

En attendant, des compresses froides furent placées sur le ventre et sur la tumeur herniaire, et des injections de morphine furent faites qui calmèrent le malade ; la nuit se passa ainsi assez bonne avec seulement 3 ou 4 vomissements et des douleurs atténuées ; il sembla même le lendemain que la hernie était un peu moins dure et moins douloureuse, mais elle restait toujours irréductible, et il n'y avait eu encore aucune émission de gaz ni de matières.

Le difficile était maintenant d'assurer à notre malade un transport convenable pendant les 18 kil. qu'il fallait franchir. Or les voitures chinoises dont nous disposions étaient totalement dépourvues de ressorts, et les chemins aussi par lesquels nous devions passer étaient assez accidentés et nullement carrossables : le transport à bra d'homme, en brancard, paraissait donc le meilleur, et 8 coolies furent dans ce but requis pour former deux relèves de 4 brancardiers.

Pour transporter un homme en civière, comme d'ailleurs pour porter divers fardeaux, les Chinois usent de pré-

férence du dispositif que représentent la photo ci-contre et le schéma ci-dessous :

Le brancard peu élevé au-dessus du sol, est suspendu sur deux traverses de bois par deux cordes attachées à leurs extrémités, l'une aux hampes de devant, et l'autre aux hampes de derrière — chaque traverse passée dans l'anse de la corde correspondante, repose sur l'épaule de deux porteurs obliquement placés comme le montre le schéma.

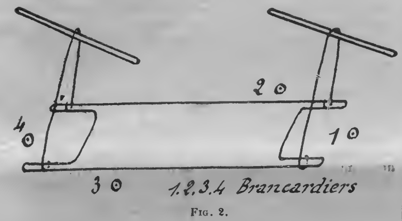


Fig. 2.

Ce dispositif a entre autres avantages de fatiguer le moins possible les porteurs, d'assurer à la civière une grande stabilité, et au malade un transport très souple avec seulement des oscillations larges et fort adoucies. J'expérimentai moi-même le dispositif et je me rendis compte que le mode de transport était assez confortable et que l'on était ainsi assez agréablement bercé.

Nous nous mîmes donc en route, et notre malade, qui au départ avait reçu une nouvelle injection de morphine, et dont les compresses froides avaient été renouvelées, eut à peine quelques nausées et se plaignit très peu pendant les 5 heures du trajet.

A l'arrivée à Paoting-fou, il fut aussitôt dirigé sur l'hôpital de campagne et transporté à la salle d'opération. Or quel ne fut pas notre étonnement, en découvrant le malade, de ne plus trouver de tuméfaction inguinale ; la masse herniée s'était réduite spontanément pendant la route, et cela même sans que le sujet un peu somnolent s'en fût aperçu.

Nous attribuâmes la réduction spontanée de la hernie aux mouvements réguliers, au bercement, imprimés au malade et à sa masse intestinale par la marche des porteurs.

La position horizontale, souvent inclinée tête basse dans les descentes, y avait sans doute aussi contribué ; enfin les compresses froides et la morphine avaient encore probablement aidé à la réduction, en calmant les douleurs et le spasme de l'intestin et en produisant l'affaissement de la partie herniée.

Quoi qu'il en soit, il ne restait plus trace de hernie, ni d'étranglement ; le canal inguinal assez étroit était entièrement dégagé, et le sujet manifestait un état de bien-être croissant ; nausées et vomissements avaient cessé, et le soir même il y eut une selle facilement provoquée.

Je me garderai de tirer une conclusion ferme de ce fait isolé et simplement curieux. Cependant, rapprochée du cas de M. Basset, mon observation semble indiquer qu'il serait peut-être utile dans les hernies étranglées, quand il n'y a pas absolue urgence, avant toute opération et même avant tout essai de taxis, d'essayer d'obtenir la réduction spontanée par des moyens analogues et tout au moins inoffensifs. Il faudrait d'abord, comme le propose M. Basset, mettre le malade en position inclinée tête basse, — mais non peut-être tout à fait dans la position de Trendelenbourg — puis imprimer au sujet maintenu dans cette position des mouvements cadencés, des oscillations régulières, si non des secousses, en un mot le bercer vigoureusement. Pour cela le sujet pourrait être couché dans une sorte de hamac fait par exemple d'une couverture pliée dont les extrémités seraient fixées à des niveaux différents, les pieds un peu plus haut que la tête. Sans fatigue, une personne pourrait ainsi bercer une heure ou deux le malade, auquel on aurait fait au préalable une piqûre de morphine et dont le ventre serait aussi recouvert de compresses fro des ou d'une vessie de glace. En cas d'échec, l'intervention serait ainsi seulement retardée de 2 ou 3 heures, et il est possible que dans bien des cas elle serait évitée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1910.

Traitement des adénites tuberculeuses par la radiothérapie. — M. ***Mahat*** apporte le résultat de ses essais de traitement radiothérapique des adénites tuberculeuses.

Il a traité une cinquantaine de cas, dont 27 ont pu être suivis jusqu'au bout.

Dans les cas d'adénopathies *non suppurées* uni ou pauciganglionnaires, la guérison est obtenue, dans les deux tiers des cas, en deux mois. Moins décisifs sont les résultats dans les cas multiganglionnaires. surtout dans les micropolyadénites.

Les adénites *suppurées* guérissent, dans la moitié des cas, après 3 mois de traitement.

L'amélioration, dans tous les cas se manifeste dès les premières séances. L'auteur procède par doses fortes et séances espacées ; il rejette l'emploi des filtres d'aluminium. Il n'est pas partisan des séances courtes et répétées.

Election de deux associés nationaux. — M. ***Balland*** (de Saint-Julien et M. ***Poncet*** (de Lyon) sont élus.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mars 1910.

Crises d'épilepsie accompagnées de polynucléose céphalo-rachidienne transitoire. — MM. ***Mosny*** et ***Marcel Pinard*** rapportent l'observation d'un malade atteint de crises d'epilepsie identiques aux crises classiques d'épilepsie essentielle et accompagnées de polynucléose céphalo-rachidienne.

Les premières crises, apparues à l'âge de 50 ans, sont périodiques, revenant tous les mois, surtout nocturnes. Après les crises, on trouve une réaction céphalo-rachidienne abondante : polynucléose pure, variant de 20 à 200 éléments par champ microscopique, suivant les crises.

Dans l'intervalle des crises, la réaction est nulle, ou bien il n'y a que quelques lymphocytes (2 à 4 par millimètre cube à la cellule de Nageotte).

Quelle est la nature de ces crises ? Nous l'ignorons ; et nous devons nous contenter d'indiquer que ni l'urémie, ni la syphilis, ni le saturnisme, ne sauraient être incriminés. Nous supposons qu'il s'agit là de raptus congestifs locaux transitoires, banals, des centres nerveux et de leurs enveloppes, ressortissant aux causes les plus diverses, et dans la genèse desquels on ne saurait, en tous cas, faire intervenir ni l'accroissement de la tension artérielle, ni l'existence d'un processus inflammatoire.

Lipomes symétriques circonscrits à topographie radiculaire.— ***A. Clerc et Thibaut.*** — Il s'agit d'une femme de 69 ans entrée à l'infirmerie des Ménages pour une arthrite aiguë du poignet gauche à l'occasion de laquelle on constata l'existence de nombreuses petites tumeurs disséminées le long des membres supé-

rieurs et à la partie supérieure de la cuisse, la face, le tronc et le cou étant respectés ; ces tumeurs de grosseur variable sont absolument indolores, la pression les fait rouler sur les plans profonds et la peau n'offre aucune lésion à leur niveau ; leur consistance est semi-molle, semi-élastique et donne une sensation de lobulation ; leur grosseur varie de celle d'une noisette à celle d'une mandarine. La distribution des tumeurs est sensiblement symétrique et leur topographie radiculaire des plus nettes ; il s'agit de lipomes circonscrits et non de maladie de Dercum, car il n'existe ni douleur, ni asthénie, ni troubles psychiques, bien que l'émotivité soit excessive.

L'affection s'est développée insidieusement, le début remonte à 30 ans et la ménopause n'a exercé aucune influence. Les auteurs, en adoptant une dénomination générale, font remarquer combien à la limite le diagnostic peut devenir délicat entre la lipomatose symétrique et la maladie de Dercum (forme circonscrite), car cette dernière peut ne représenter qu'une forme spéciale de la première. Chez la malade en question, l'existence d'arthrites successives et qui ont guéri prouve l'influence de l'arthritisme ; quant à l'influence du système nerveux elle est indéniable, soit qu'on puisse invoquer une trophonévrose véritable, soit que le système nerveux soit intervenu pour réglementer la distribution des tumeurs, comme il le fait dans tant d'autres manifestations cutanées.

M. *Poncet* (Lyon) a vu des lipomes tuberculeux, véritables localisations d'une tuberculose atténuée.

Ictères leucopathiques mixtes. — M. *E. Feuillé* montre quatre observations d'ictère présentant des caractères mixtes d'ictère par rétention et d'ictère hémolytique ; il y avait à la fois fragilité globulaire et décoloration des matières fécales. Ces ictères semblent dus à un barrage des voies biliaires par une infiltration et un exode d'origine leucopathique.

Autosérothérapie dans les pleurésies tuberculeuses. — MM. *Lévi-Valensi* et *Cousin* ont employé ce procédé, ponction pleurale et injection du liquide ponctionné dans les tissus, et ont obtenu la rapide disparition des épanchements pleuraux.

M. *Mosny* n'a jamais observé de disparition du liquide pleural par ce procédé, qu'il a employé un grand nombre de fois.

FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars.

Les polypes naso-pharyngiens. — M. *Sébileau.* — M. Rouvillois nous a dernièrement apporté l'observation d'un cas de polype naso-pharyngien (1). C'est une affection peu fréquente et je n'ai guère l'occasion d'en voir plus de 4 à 5 par an. Ces tumeurs doivent être très nettement séparées des sarcomes. Elles se caractérisent par leur insertion limitée, leur remarquable tendance aux hémorragies quand on les opère, les prolongements qu'elles envoient dans des sens divers, enfin par la rareté de la récidive et la possibilité parfois constatée de leur rétrocession.

Leur insertion étant limitée, il est souvent inutile et sur ce point je ne suis pas de l'avis de M. Kirmisson, de recourir à une large intervention. Cette insertion ne se fait pas à l'apophyse basilaire ainsi qu'on l'a dit et soutenu longtemps. Avant l'ablation de la tumeur il n'est d'ailleurs aucun moyen de reconnaître le point d'implantation de la tumeur. On ne le voit qu'après l'intervention et il est alors facile de constater qu'il n'y a pas d'attache à la base du crâne.

Les prolongements que le fibrome pousse souvent dans le voisinage présentent cette particularité de ne point adhérer aux tissus sous-jacents comme cela se passe dans les tumeurs malignes. Et c'est pour cela qu'en arrachant la tumeur on arrache du même coup ses prolongements. Quant à la récidive, elle est, je le répète, très rare et je n'ai jamais, pour ma part, eu l'occasion de l'observer.

Dans le traitement on doit, à mon avis, proscrire définitivement toute cautérisation ; la tumeur doit être enlevée soit par rugination, soit par arrachement au moyen d'une pince de Péan ou par l'anse froide. Ces instruments sont d'ailleurs souvent difficiles à appliquer. Cependant si l'on a soin de se bien éclairer avec une lumière artificielle, on arrive à bien saisir la tumeur et à l'arracher. L'important c'est d'agir vite, à cause des hémorragies qui peuvent être très graves. Le sang coule en nappe d'ordinaire et ne s'arrête que difficilement tant que la tumeur n'est point enlevée en entier. Mais dès que l'on a obtenu ce résultat l'hémorragie s'arrête.

L'opération peut se faire par les voies naturelles. Si la tumeur est très volumineuse on fendra le voile du palais, ce qui donne un jour suffisant et la tumeur enlevée, on le suturera. Cette suture se fait bien et la réunion s'obtient en général aisément comme l'a déjà fait remarquer M. Quénu.

Lorsque la tumeur ne peut s'enlever par cette voie, on a conseillé la résection du maxillaire supérieur. Je ne suis pas du tout partisan de cette manière de faire, inutilement dangereuse : une résection atypique me paraît bien préférable.

M. *Kirmisson* fait remarquer qu'il n'est pas partisan dans tous les cas des opérations très larges, mais il soutient que ces fibromes ont une tendance à récidiver. Il les a toujours traités par l'arrachement en employant en cas de besoin le procédé de Nélaton.

M. *Launay.* — J'ai eu une fois l'occasion de fendre un voile du palais que je suturai ensuite et la réunion se fit par première intention.

L'hémostase par le procédé de Momburg. — M. *Morestin.* — M. Auvray nous a récemment entretenus de ce procédé d'hémostase. J'ai eu l'occasion de l'appliquer une fois chez un malade de 34 ans atteint d'une tumeur blanche du genou avec extension à tout le fémur, trajets fistuleux multiples et un état tel que la désarticulation de la hanche s'imposait.

Après mise en place de la bande élastique, le malade étant en position horizontale, je pratiquai la désarticulation qui ne demanda que cinq minutes. Pas une goutte de sang ne coula. Mais d'autres phénomènes assez inquiétants furent constatés : à la première minute, le pouls était à 120 ; à la seconde à 150 ; à la troisième il devenait incomptable et à la quatrième imperceptible. Le lien fut enlevé dès la fin de l'opération et le pouls reparut et revint peu à peu au-dessous de 100. Il n'y eut pas d'accident ultérieur.

Ce procédé d'hémostase a été conseillé pour les opérations gynécologiques, mais il me semble être dans ces cas plus gênant qu'utile. Dans les opérations sur le membre inférieur, son utilité me paraît également contestable, dans les désarticulations en particulier. Le procédé de Verneuil donne des garanties d'hémostase très suffisantes. Au total, il ne me semble donc indiqué que dans les interventions sur les os du bassin où on peut craindre des hémorragies graves.

M. *Delbet.* — J'ai employé une fois ce procédé chez un vieillard atteint de tumeur blanche du genou. L'opération, faite par M. Hallopeau, fut exsangue. Il fallut seulement pour obtenir la suppression des battements de la fémorale mettre le malade en position déclive. Le pouls oscilla entre 108 et 112 pulsations et le malade ne présenta ultérieurement aucun phénomène spécial.

M. *Quénu.* — Je suis peu partisan de ce procédé d'hémostase pour lequel M. Auvray me paraît avoir été trop indulgent. J'ai pratiqué 8 à 10 désarticulations de la hanche et jamais, en suivant les préceptes de Verneuil, je n'ai été gêné par le sang.

Fracture du crâne avec paralysie des muscles de l'œil. — M. *Walther* présente un rapport sur une observation de M. Savariaud concernant une femme de 31 ans qui tomba sur la tête. Le choc porta sur la région occipitale. Une ponction lombaire ramena du liquide coloré de sang. Le lendemain apparut une paralysie des muscles de l'œil droit. Un mois plus tard, la paralysie avait diminué, mais il existait de la diplopie.

Au bout de deux mois il n'y avait plus de troubles de la vue mais une anosmie limitée.

Présentation de malade. — M. *Rochard* présente une femme atteinte de goitre exophtalmique chez laquelle il a pratiqué avec succès une thyroïdectomie partielle.

Ch. LE BRAZ.

(1) Lire le dernier numéro du *Progrès Médical*.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 mars 1910.

Purpura angio-scléreux. — MM. *Gaucher* et *Flarin* présentent une malade atteinte de purpura angio-scléreux.

Cette affection, sur laquelle M. Gaucher a insisté à plusieurs reprises, est intéressante par la répétition des éruptions, par sa chronicité, par la persistance de taches brunâtres témoignant des poussées anciennes. Elle paraît liée à la rupture des capillaires et ne semble dépendre aucunement de l'artério-sclérose ni de la phlébo-sclérose.

Erythèmes prémycosiques.—MM. *Gaucher* et *Brin* présentent deux malades porteurs d'éruptions prémycosiques.

Chez le premier de ces malades, l'éruption a tout d'abord revêtu très nettement le caractère syphiloïde, et les placards typiques de dermatite exfoliatrice, avec prurit très marqué, ne sont apparus que tardivement.

Le second cas concerne une femme de soixante ans, traitée à plusieurs reprises pour eczéma de la face et du tronc très prurigineuse et s'accompagnant d'une infiltration très marquée des téguments.

Dans ces deux cas, le diagnostic clinique est vérifié par la constatation des anticorps spécifiques dans le sérum des malades (séro-diagnostic mycosique).

Traitement du mal perforant plantaire.—MM. *Gaucher, André Broca* et *P. Laffont* présentent deux malades chez lesquels l'application de l'étincelle et de l'effluve de haute fréquence a amené la cicatrisation complète et rapide (trois mois 1/2 chez le premier malade, deux mois 1/2 chez l'autre) de quatre maux perforants plantaires anciens et rebelles (le plus ancien datait de dix ans). Le traitement électrique a été fait en deux étapes ; une première où fut pratiqué l'étincelage énergique des durillons cornés, jusqu'au réveil de la sensibilité, et production de phlyctènes, une deuxième, où, par application de la pointe métallique au contact, on exerça une action caustique sur l'ulcération elle-même, dont l'étendue et la profondeur se restreignaient à chaque séance, jusqu'à cicatrisation complète.

Leucoplasie linguale au cours d'une paralysie générale en évolution. — MM. *Gaucher* et *Cesbron* présentent un malade porteur d'une large plaque de leucoplasie siégeant sur la face dorsale de la langue et survenue un an après le début d'une paralysie générale, actuellement en pleine évolution. La réaction de Wassermann, pratiquée chez ce malade, a été nettement positive.

Deux cas de syphilis gommeuse précoce de la langue. — MM. *Brocq* et *Lutembacher*. — Dans un premier cas, la lésion gommeuse de la langue est survenue un mois après un chancre de la langue et est accompagnée de manifestations cutanées un peu insolites : lésions tuberculo-croûteuses ayant de la tendance à se grouper en corymbe, prenant ainsi la physionomie de lésions de la deuxième ou de la troisième année de la syphilis.

Dans le second cas, ce sont des syphilides malignes précoces survenant sur la langue et les membres inférieurs un mois après le chancre, apparu il y a deux ans.

Depuis cette époque, on a vu récidiver cinq fois sur la langue des lésions ulcéreuses et végétantes reposant sur une base infiltrée et simulant l'épithéliome. La biopsie a confirmé la nature syphilitique des lésions.

Le calomel a fait régresser rapidement les lésions, mais le malade n'a jamais poursuivi le traitement avec assez de persévérance, cessant les piqûres dès la guérison apparente. On peut attribuer à ce fait la cause des récidives.

Lupus érythémateux subaigu. — *MM. Brocq* et *Fernet* présentent une jeune fille de 14 ans, atteinte de lupus érythémateux subaigu. Le début de l'affection remonte seulement à un mois. Les lésions, caractérisées par de l'érythème, par la présence de squames adhérentes, se sont montrées d'abord à la face, puis ont gagné la poitrine, le dos, les faces dorsale et palmaire des mains. Les lésions du cuir chevelu sont caractéristiques : rougeur, desquamation et début d'alopécie au niveau des placards érythémateux. L'absence de phénomènes généraux, la conservation d'un bon état général, malgré des symptômes nets de tuberculose pulmonaire au début et d'adénopathie trachéo-bronchique, font poser le diagnostic de lupus érythémateux subaigu. Par le traitement quinine à l'intérieur, application de teinture d'iode diluée et de vaseline iodée au niveau des lésions, l'amélioration est manifeste. Toutefois, le pronostic doit être réservé, en raison des récidives qui sont si fréquentes dans cette forme de lupus érythémateux, mais également du fait que les lésions évoluent chez une jeune fille présentant des antécédents bacillaires et des symptômes nets de tuberculose pulmonaire au début.

Mycosis fongoïde de la face, avec altérations symétriques des lobules auriculaires.— *MM. Hallopeau et François-Dainville*.— Ce mycosis, chez une femme de 73 ans, a débuté il y a dix-huit mois, à la face, par du prurit. Actuellement, il est caractérisé par plusieurs coalescences occupant le front et séparées par des sillons ; de l'érythème infiltré les entoure. Les lobules auriculaires offrent de nombreux nodules, qui, par leur teinte hémorragique simulent un nævus angiomateux.

Granulosis rubra nasi. — MM. *Darier* et *Civatte* présentent un jeune homme atteint de cette curieuse affection, qui fut décrite pour la première fois par Jadassohn. Le cas est anormal, car il est caractérisé uniquement par de la rougeur et de l'hyperhidrose ; on ne constate pas la granulosis, symptôme important, mais non pas capital, et qui peut manquer, comme plusieurs auteurs l'ont déjà signalé.

M. *Jeanselme* fait une communication sur le même sujet à propos de deux malades, et de plus insiste sur les bons effets qu'il a obtenus par l'emploi de la radiothérapie à dose faible et fractionnée.

Polyadénomes sébacés de la face. Traitement par le radium. — MM. *Balzer* et *Barcat* présentent un nouvel exemple de cette affection décrite, pour la première fois, par Balzer et Ménétrier en 1885. Les multiples petites élevures cutanées qui constituent la lésion se sont effacées sans altération des téguments sous l'influence des applications courtes et espacées d'un appareil comportant un centigramme de radium mélangé à quatre centigrammes de sulfate de baryum donnant un rayonnement de 50.000 unités. P. Fernet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 mars 1910. — Présidence de M. Boursier, président.

Traitement curatif et préventif des hémoptysies tuberculeuses par l'hydrastinase. par M. *Barbary* (de Nice). (Présentation d'ouvrage).

M. *Nigay* présente ce travail dans lequel l'auteur a montré le rôle thérapeutique de certaines diastases et les heureux résultats qu'il a obtenus de l'hydrastinase en particulier contre les hémorragies des tuberculeux.

Evolution de la tuberculose rénale. — M. *Desnos*. — Plus l'attention est portée sur l'étude clinique de la tuberculose rénale et plus il devient évident que le début est presque toujours lent et insidieux. Même dans les cas où la maladie se manifeste par des phénomènes aigus, des commémoratifs, recherchés avec soin, montrent l'existence de phénomènes souvent très anciens qui, observés et suivis en temps utile, auraient permis un diagnostic précoce. La cystite et la prostatite, toujours secondaires, n'apparaissent ordinairement qu'à une période où la tuberculose rénale est déjà confirmée et avancée et où il est déjà trop tard pour qu'une intervention chirurgicale réussisse. Aussi est-il important de dépister de bonne heure les lésions rénales, alors qu'on a les plus grandes chances d'obtenir une cure radicale.

La guérison spontanée ne s'obtient que par oblitération de l'uretère et exclusion physiologique du rein. Ces cas existent, mais on en a beaucoup exagéré la fréquence ; et la marche de la maladie est alors particulièrement lente et insidieuse ; mais même alors, on ne saurait affirmer qu'une tuberculose qui a présenté une marche particulièrement latente et bénigne ne prendra pas tout à coup des allures rapides et d'une gravité extrême.

Aussi ces faits ne sauraient être donnés comme argument contre une intervention chirurgicale précoce.

Traitement de la tuberculose rénale. — M. *Le Fur* expose ses idées sur le traitement de la tuberculose rénale, et montre que le traitement médical doit toujours précéder l'intervention dans la tuberculose rénale ; ce n'est que quand le traitement médical a échoué, lorsque l'état local ou l'état général s'aggravent que l'opération s'impose et la seule opération qui s'impose alors est la néphrectomie qui donne d'excellents résultats : sur six cas de néphrectomies qu'il a pratiquées dans ces conditions, l'auteur a obtenu six guérisons.

Le collargol dans les cystites et les infections vésicales. — M. *Minet* expose les avantages du collargol dans les cystites et pense que ce médicament doit être conseillé.

Moyens propres à diminuer la mortalité infantile (Discussion). — M. *Depasse* insiste sur la nécessité de faire de l'agitation autour de cette grave question du mauvais lait, de ne pas cependant créer tout un corps de nouveaux fonctionnaires qui n'est pas nécessaire puisqu'il existe, mais on ne s'en sert pas.

M. *Dignat* approuve toutes mesures destinées à assurer à la population la fourniture d'un lait naturel et hygiénique, mais il combat toute proposition tendant à créer un nouvel ordre de fonctionnaires.

M. *Ducor*. — En Amérique, ce n'est pas l'administration, c'est le public lui-même qui a formé des associations en vue de la sauvegarde du lait comme production, transport et livraison. Faisons de même en France, formons des associations scientifiques et philanthropiques pour la protection du lait ; mais il est inutile et dangereux de mettre en action l'administration en vue d'augmenter son intervention dans les affaires médicales ; la législation actuelle serait suffisante si elle était appliquée.

M. *Smester*. — La question du lait est une question d'une importance capitale et pour les enfants et pour les malades. Il faut l'étudier *ab ovo* depuis le choix de la race, la nourriture des bêtes, les soins aux animaux, etc., de façon à donner du lait à tous les points de vue irréprochable surtout aux nourrissons.

Sur la proposition de M. *Coudray*, la Société décide de nommer une commission composée de cinq membres : MM. Coudray, Depasse, Dignat, Robert Simon, Smester, commission qui étudiera la question et qui présentera un rapport sur ce sujet d'une importance nationale.

Réduction en douceur des luxations de l'épaule par le procédé de Kocher modifié. — M. *Gallois* regrette que le procédé de Kocher pour la réduction des luxations de l'épaule soit relativement peu employé. Ce procédé est considéré comme brutal. Or, en supprimant le quatrième temps de Kocher qui en effet est un peu brutal, et en s'arrêtant au troisième temps, on peut obtenir une réduction sans douleur à condition d'avoir une patience suffisante.

Régression des viscéropathies rhumatismales aiguës par les injections de sérum antirhumatismal. — M. Georges *Rosenthal* présente une série de huit observations de rhumatisme articulaire aigu avec manifestations viscérales étudiées dans le service de M. Thiroloix. Sous l'influence du sérum, une sédation importante de la douleur se produit, mais le point capital et nouveau est la régression des viscéropathies ; l'assourdissement du premier bruit, le souffle systolique de l'endocardite en voie d'installation, l'albuminurie ou la péricardite s'atténuent sous son influence.

Par le sérum, le rhumatisme articulaire aigu passe de la bénignité relative due au salicylate de soude à la bénignité absolue.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 mars 1910.

Tumeur sacro-coccygienne. — M. *Barbarin* a eu l'occasion d'opérer une tumeur sacro coccygienne sur un enfant de 13 mois. Il s'agissait d'une tumeur grosse comme les deux poings, à très large pédicule, recouverte de peau saine, qui ne s'accompagnait d'aucun trouble nerveux et qui avait grossi très rapidement. L'intervention montra qu'elle n'avait aucune connexion profonde. Guérison. Il s'agissait vraisemblablement d'une *inclusion fœtale*, car l'examen histologique montra des cellules diverses : pavimenteuses, cylindriques, salivaires, disséminées sans ordre, et plus particulièrement des villosités choréales.

Traitement des paralysies infantiles par la bande de Bier. — M. *Mayet* a obtenu un certain nombre de résultats intéressants dans la paralysie infantile en ajoutant au traitement classique par le massage et l'électricité l'emploi de la bande de Bier appliquée tous les matins sur les membres paralysés.

Guérison de fistules post-opératoires par la méthode de Beck. — M. *Péraire* présente une malade qui avait été opérée de salpingites suppurées et qui avait conservé pendant deux ans une fistule abdominale rebelle aux traitements ordinaires. L'injection de pâte bismuthée, faite dans un simple but radiographique, amena la fermeture complète et définitive du trajet fistuleux. M. Peraire a obtenu par le même procédé deux guérisons de fistules, inguinale et scrotale, consécutives à des cures radicales de hernie.

M. *Huguier* a obtenu par la méthode de Beck plusieurs succès dans des cas analogues. Il cite, en particulier, celui d'un malade opéré depuis plusieurs mois d'appendicite suppurée et qui avait conservé une fistule rebelle à tous les traitements : une seule injection de vaseline bismuthée au 1/3 suffit à faire fermer définitivement le trajet fistuleux.

Large trépanation pour ostéomyélite fistuleuse du crâne. — M. *Monnier* a eu l'occasion d'opérer un garçon de 14 ans qui était atteint d'ostéomyélite fistuleuse du pariétal droit et qui avait été pris subitement de crises d'épilepsie jacksonienne avec parésie du bras gauche. Il tailla un large lambeau cutané et mit à jour un pariétal farci de petits foyers d'ostéomyélite dont deux avec séquestres. Il enleva la presque totalité du pariétal, un peu du frontal et évacua ainsi un abcès extra-dural qui comprimait le cerveau. Réunion avec drainage. L'enfant est présenté complètement guéri. Une grande partie de la perte de substance est comblée par de l'os néoformé.

Présentations. — MM. *Judet* et *Mayet* présentent des malades traités et guéris de tumeurs blanches du genou et de la hanche par des injections intra-articulaires.

M. *Rousseau* présente une malade à laquelle il a réséqué le maxillaire inférieur pour un volumineux épithélioma malpighien à lobes cornés.

M. *Dupuy de Frenelle* présente un appendice dont la perforation par un calcul avait entraîné, en moins de 48 heures, sur un sujet jusque-là en parfaite santé, une péritonite généralisée sans grand signe d'alarme. Incision de Mac Burney. Position de Fowler. Guérison en moins d'un mois.

M. *Peraire* montre une série d'appareils (speculums, canules) en cristal à doubles parois séparées par un espace dans lequel on a fait le vide et ayant pour but de permettre de porter au contact des points à traiter des liquides ou vapeurs très chauds ou très froids sans risquer de léser les tissus voisins.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROLOGIE ET RADIOLOGIE MÉDICALES

Séance du jeudi 17 février 1910.

La plus grande partie de la séance est consacrée au rapport-conférence de M. G. *Barret* : **l'exploration radiologique de l'estomac.** — L'auteur limite son sujet à la pratique courante de la radiologie gastrique chez l'adulte. Après avoir exposé sommairement la technique de la radiographie rapide, qui peut être un complément utile et indiqué, les modes d'emploi du bismuth, (lait de bismuth, gommé, bismuth lycopodé), il décrit les divers aspects sous lesquels se présente l'estomac normal observé sur l'écran. Puis il indique les principaux caractères anormaux qui peuvent être révélés par l'examen : présence d'un contenu gastrique à jeun ; présence d'un contenu gazeux en excès (aérophagie, aérocolie) : troubles de forme et de dimensions par altération de la tonicité (dilatation, spasme) : troubles de forme par

lésions pariétales (infiltration, tumeur, rétraction, adhérences, en rapport avec le cancer ou l'ulcère) ; enfin troubles du persistaltisme et de l'évacuation. Il termine en insistant sur la prudence qui doit être apportée à l'interprétation : l'exploration radiologique n'est qu'un des temps de l'examen clinique du malade et ne peut en être séparé.

M. ***Marqués*** (de Toulouse) présente les conclusions de son travail sur les **synarthries atoniques** : l'atonie serait un système de vibration analogue à un mouvement cyclonique. Les surfaces équipotentielles dessineraient une charpente immatérielle et les phénomènes électriques expliqueraient les mouvement ou vibrations qui constituent l'atonie elle-même.

MM. ***Sollier*** et ***Chartier*** (de Boulogne-sur-Seine) présentent une **électrode à surface et à pression constantes** pour la mesure comparative de la résistance électrique du corps. Cette électrode est essentiellement constituée par un tube de verre, c'est-à-dire à surface fixe, dans laquelle on verse soit du mercure (électrode à humidité nulle), soit de l'eau (électrode à humidité constante) ; la hauteur de la colonne liquide mesure la pression et permet de se placer toujours dans des conditions identiques.

Le Secrétaire général, Dr A. LAQUERRIÈRE.

ANALYSES

Traitement de la syphilis des voies respiratoires supérieures ; par LAUTMANN. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, novembre 1909.)

Il y a un très grand intérêt à poser de bonne heure le diagnostic de la syphilis. D'abord pour des raisons de prophylaxie, rien n'étant plus dangereux, au point de vue de la contagion, que les chancres des lèvres. Ensuite l'évolution de la maladie dépend beaucoup de la précocité du traitement général.

Même à la période tertiaire, il y a un grand intérêt à poser un diagnostic exact. Si le malade est désormais incapable de bénéficier du traitement général, du moins les lésions dues aux gommes seront réduites au minimum. Pratiquement, il n'en va pas ainsi à cause de la fréquence des erreurs de diagnostic. Entre la syphilis et la tuberculose le diagnostic n'est pas très aisé. Cependant là où l'iodure de potassium produit une amélioration on peut presque à coup sûr affirmer la syphilis. Enfin l'auteur cite un cas personnel où une syphilis du maxillaire avait été prise pour une sinusite.

On a particulièrement discuté sur les cas où la syphilis était compliquée de tuberculose. On a prétendu que cette association était d'un redoutable pronostic pour le malade. D'autres, au contraire, affirment que le traitement spécifique guérit à la fois la syphilis et les manifestations locales de la tuberculose. Ces deux opinions sont exagérées ; on peut seulement craindre que la coexistence de ces deux maladies ne favorise une évolution plus grave de la syphilis.

Quant au traitement de la syphilis, il peut être envisagé à un triple point de vue : traitement des chancres, traitement général, traitement des manifestations tertiaires.

Il est de toute évidence qu'il faut faire disparaître un chancre le plus tôt possible. Mais en rhino-laryngologie on ne peut songer ni à l'incision ni aux cautérisations ignées ou caustiques. L'auteur a employé les applications d'air chaud et a obtenu des résultats excellents. Pour le traitement général, le seul médiaament est le mercure. Des trois façons d'introduire le mercure dans l'organisme : ingestion, frictions, injection, c'est assurément ce dernier procédé qui est le meilleur. Le benzoate de mercure a une action très rapide, mais les injections intra musculaires d'huile grise sont préférables.

A la période tertiaire. le traitement doit avoir pour base l'iodure de potassium ; malheureusement les crises d'iodisme n'en permettent pas toujours l'emploi en rhino-laryngologie.

A.-R. SALAMO (de Paris).

Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig ; par P. JACQUES. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et des pharynx*, octobre 1909.)

Le phlegmon malin du plancher buccal, ou angine de Ludwig, a été jusqu'à présent considéré comme une infection très maligne, mal définie dans son origine et dans son siège. Quatre récentes observations ont permis à l'auteur de préciser ses opinions à ce sujet.

D'abord. il convient de rejeter l'opinion généralement admise. L'angine de Ludwig n'est pas un adéno-phlegmon sus-hyoïdien. Elle naît et évolue au dessus de la sangle des mylo-hyoïdien. Seulement à une phase très avancée de son développement elle passe dans la région cervicale en franchissant les muscles interposés. Donc c'est une maladie essentiellement buccale.

Quant à l'infection, elle est d'origine directe et elle doit porter sur le plancher buccal lui même. Introduits dans la région, les microbes, dont la virulence est ici extrême, vont se développer avec une facilité qu'explique la topographie de la région. Cette région a la forme d'une pyramide dont les faces sont formées par le mylo-hyoïdien en bas, la face interne du maxillaire en dehors, l'hyaglosse en dedans ; la base est formée par l'expansion antérieure de la glande sous-maxillaire, le nerf lingual, le canal de Warthon. On conçoit aisément que dans cette région lacunaire, cellulo-adipeuse, mal disposée pour une réaction de défense, tout favorise le développement de l'infection : celle-ci s'étend alors très facilement à la région sus hyoïdienne.

Au point de vue clinique, on observera ces deux phases très nettement. Dans une première période, la langue sera soulevée et au-dessous d'elle on trouvera un empâtement dur, douloureux, mais l'écartement des mâchoires sera encore possible ; au contraire, à une seconde période, la mâchoire sera immobilisée car, de buccal, le phlegmon sera devenu cervical.

Ces données pathogéniques permettront d'établir un traitement rationnel. Il faudra rejeter les débridements cervicaux, et toujours dans la période de début on ponctionnera dans le plancher de la bouche.

La ponction galvano-caustique que l'on fera devra éviter le nerf lingual et le canal de Warthon ; pour cela, il suffira de ponctionner » à quelques millimètres en dedans du maxillaire, à travers la glande sublinguale en dirigeant la pointe en arrière, en bas et en dedans. Il faudra assurer un drainage persistant.

Quant à la guérison, elle sera lente à venir précisément à cause de la grande virulence microbienne et de la laxité des tissus.

A. R. SALAMO (de Paris).

BIBLIOGRAPHIE

Douze leçons d'hygiène générale et spéciale ; par le Dr Paul CORNET, ouvrage adopté par l'Assistance publique de Paris. (Vigot Frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Un vol. in-16, cartonné : 2.25.)

L'auteur a eu l'excellente idée de résumer en un petit volume élégant et portatif les leçons d'hygiène qu'il enseigne dans les hôpitaux de Paris depuis 25 ans. Ce sont pour ainsi dire des notes sténographiques recueillies par les élèves et revues par le Professeur. On approuvera la clarté de l'auteur, qui a pris soin d'éloigner de l'enseignement de l'hygiène au personnel des hôpitaux tout ce qui n'est pas indispensable à l'infirmière ou à la garde-malade.

Douze leçons, douze chapitres ayant pour titres : *Hygiène corporelle, Hygiène du vêtement, Hygiène de la respiration, Hygiène de la circulation, Hygiène de la nutrition, Hygiène du logement, Hygiène appliquée aux malades en général, Hygiène dans les maladies contagieuses, Hygiène de l'enfance*.

Ce petit livre est indispensable aux personnes qui suivent les cours, ainsi qu'à toutes celles qui soignent les malades, sans omettre que l'Hygiène générale et individuelle professée aux Infirmières s'applique en fait à tout le monde.

Les grands abcès du foie ***(Hépatite suppurée des pays chauds)***. *Clinique et chirurgie*; par le Dr J. FONTAN. (1 volume in-18 jésus, cartonné toile de 140 pages, avec 16 figures dans le texte. O. Doin et fils, éditeurs. Prix : 2 fr.50.)

La question des grands abcès du foie des pays chauds était, il y a quelque vingt ans, presque inconnue des médecins français : elle ne pouvait les intéresser tant ces cas restaient pour eux exceptionnels. Seuls les médecins militaires et surtout ceux

de la marine avaient pu les étudier et devaient se préoccuper d'en atténuer l'extrême mortalité. Tout d'un coup l'extension de l'armée et des entreprises coloniales a attiré sur cette affection tropicale l'attention des savants de nos centres européens, et devant cet intérêt croissant, la chirurgie des hépatites s'est mise au niveau de toute autre chirurgie viscérale. L'école de Toulon, la mieux placée pour réaliser ce progrès, s'y est consacrée avec ardeur, et l'on peut dire que grâce à elle la notion pathogénique, le diagnostic et la formule thérapeutique des abcès du foie sont aujourd'hui acquis et mis à la portée de tous. Nul plus que FONTAN, de Toulon, dont les travaux personnels en chirurgie hépatique sont justement appréciés, n'était qualifié pour présenter le résumé de ces études.

Ce petit livre, illustré de figures très claires, fournit à tous les praticiens les éléments d'un diagnostic assuré et la technique chirurgicale adaptée aux principales variétés d'abcès du foie.

La cuisine diététique. *Recueil de* 500 *formules culinaires à l'usage des dyspeptiques*; par le Dr Félix REGNAULT, ancien interne des hôpitaux, et Prosper MONTAGNÉ, ancien chef de cuisine du Grand-Hôtel. (Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-8° : 3 fr. 50.)

Cet ouvrage, le premier écrit en collaboration par un médecin et un cuisinier, est établi avec toute la précision voulue et permet de varier à l'infini les préparations diététiques, tout en observant les prescriptions médicales des régimes.

Nous sommes déjà loin du temps où le mot « cuisine » n'aurait pu être accepté par un éditeur. Cette étrangeté m'est arrivée. D'abord un éditeur a refusé le manuscrit parce qu'il s'agissait de cuisine. Un deuxième éditeur a accepté, mais en me faisant remplacer le mot « cuisine » par le mot « application ».

M, Félix Regnault a été plus heureux, et je l'en félicite ainsi que son éditeur. Le présent livre diffère de certains autres qui ont déjà paru sur le même sujet, en ce que, loin de proscrire la saveur des mets ainsi qu'il est d'usage dans la cuisine de régime des Ecoles allemandes et suisses, il est établi d'après les méthodes les plus classiques de l'art culinaire français.

Au début, les auteurs ont placé deux chapitres des plus intéressants résumant les principes indispensables et si souvent oubliés sur l'art de manger.

Le livre de cuisine diététique de MM. Regnault et Montagné a sa place marquée sur le bureau du médecin, qui pourra le consulter avantageusement au même titre qu'un formulaire de médecine,et lui permettra en outre de renseigner ses malades qui, de plus en plus, réclament des plats de régimes. C.

Dictionnaire médical de poche en 8 langues; par le Dr G. MEYER, de Berlin (1 beau petit vol. relié, de 788 pages, édité par Urban et Schwarzenberg à Berlin, Friedrichstrasse 105 b, et à Vienne, Maximilianstrasse, 4.

Ce précieux vocabulaire présenté en un format agréable et pratique, comprend 5.500 mots de technique médicale en langues allemande, anglaise. française, italienne, japonaise, russe, espagnole, hongroise. Il est la combinaison de 56 lexiques, sans qu'il y ait d'oiseuses répétitions. Il sera des plus utiles aux *congressistes* qui se répandent de plus en plus dans tous les coins du monde ; aux *médecins de marine, médecins coloniaux, médecins militaires, médecins de stations thermales, médecins de sanatorium*, et à tous ceux qui s'occupent de bibliographie et de traductions.

Nous ne saurions trop recommander ce vocabulaire, ce *lexikon medicum* (car telle est son appellation), à tous les médecins. C.

L'acide thyminique dans la thérapeutique des maladies goutteuses, par le Dr G. DUHAMEL. (Thèse de Paris).

Ce travail met au point cette question si importante. Avant de considérer la thérapeutique même, l'auteur fournit une série de travaux et d'expériences,comme devrait en comporter l'étude de tout médicament nouveau qui prétend à une consécration scientifique.

Dans un bref *historique*, il résume les travaux antérieurs sur la question : citons Fischer, Minkowski, Bluth, Fenner, Breton, etc. Puis il étudie la *constitution chimique* du médicament et ses propriétés. Il s'est servi, pour ses expériences, d'un acide thyminiqu français, que, seuls, actuellement, les Laboratoires Clin peuvent préparer : le *Solurol*, et qui présente des qualités et un dosage constants. Suivent alors de longues expériences, poursuivies à la Sorbonne sur le chien, le chat, également sur l'homme sain, et tendant à établir, dans ces cas, l'inaction du médicament sur l'excrétion urique, sa facile tolérance, son absence complète de nocivité. Ces expériences ont accumulé un grand nombre de chiffres et de courbes qui soutiennent fortement les propositions de l'auteur.

Suit un essai de *pharmacodynamique* et l'étude détaillée de cette propriété que possède le Solurol de former avec l'acide urique organique une combinaison physiologique soluble et stable, dissimulant et véhiculant ce dernier corps en vue de son élimination.

Le plan de l'ouvrage, très complet, comporte ensuite une étude de la *tolérance*, toujours facile, de la *posologie* qui demeure simple, et des indications précises, concernant tout le groupe urique et plusieurs affections ou articulaires, ou vasculaires, ou cutanées relevant de l'arthritisme et dont l'étiologie est encore peu déterminée.

La *pharmacologie* de ce remède est commandée par ses propriétés physiques et chimiques. Jusqu'à nouvel ordre, comme l'explique l'auteur de cet ouvrage, les comprimés semblent le moyen idéal l'administration et de conservation.

Cette thèse se termine par une série de longues *observations* concernant des cas de goutte aiguë, de goutte chronique, de rhumatisme déformant, de coliques néphrétiques, etc... L'auteur a appuyé chaque observation de nombreuses analyses d'urines et de tracés graphiques. Il produit également d'intéressantes observations dues au Dr Breton, de Dijon, et concernant les cas les plus divers parmi les indications du nouveau remède.

Il semble désormais qu'après de tels travaux, l'acide thyminique soit appelé à une juste fortune thérapeutique.

La beauté de la peau, son entretien par l'électricité; par le docteur Ed.-H BLANC, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. petit in-16 avec figures. Prix : 1 fr.50. (Paris 1910. G. Steinheil, éditeur, ?, rue Casimir-Delavigne.)

L'auteur de ce petit ouvrage s'occupe presque exclusivement du nettoyage et de la désinfection des glandes cutanées. Une peau ne peut être belle, c'est-à-dire saine, lorsque ses glandes sont irritées par rétention de leur contenu ou contaminations parasitaires. Dès lors, il convient de les lessiver par l'emploi du *courant continu* qui engendre de la soude au fond des culs-de-sac glandulaires dans les régions où la peau est recouverte par une électrode négative. Cette même électrode peut être imbibée d'*iodure de potassium*, de *salicylate de soude*, etc., ce qui permet alors l'introduction électrolytique d'acide salicylique, d'iode et autres désinfectants. Cette « toilette électrique » paraît être d'application assez facile pour pouvoir être pratiquée par tout le monde. En tous cas, la méthode proposée se trouve être d'accord avec les lois de l'électrolyse.

L'auteur résume, en outre, l'état actuel de l'ionothérapie cutanée, indique les règles générales de son emploi, et termine en engageant tout médecin possesseur d'une batterie électrique à des essais d'introductions médicamenteuses intra-dermiques, étant persuadé, dit-il, qu'on peut faire de belles découvertes dans cette voie thérapeutique encore nouvelle.

Les auxiliaires du médecin d'Asile, par le Dr A. RODIET, médecin en chef des Asiles d'aliénés. (Paris, 1910, chez Giard et Briere, éditeurs.)

Ce petit volume de 110 pages fait partie de l'*Encyclopédie internationale d'Assistance, Prévoyance, Hygiène sociale et de Démographie*, publiée sous la direction du Dr A. Marie, de Villejuif. Il a été couronné par l'Académie de Médecine (Prix Baillarger, 1908). Le fait est qu'on y trouve des renseignements importants et des idées intéressantes sur les conditions actuelles de recrutement du personnel des Asiles et sur les réformes qu'il conviendrait d'apporter à tous les points de vue. Ce travail sera lu avec attachement par tous ceux qui s'intéressent aux infirmières et infirmiers, qu'il s'agisse d'hôpitaux ou d'asiles. Personnellement, nous avons porté grande attention à cette lecture, et félicitons bien sincèrement l'auteur des idées personnelles qu'il ne craint pas d'émettre et qui reposent d'ailleurs sur une enquête des plus précieuses. C.

Les grandes médications contre la tuberculose pulmonaire (tuberculine, suralimentation, sanatorium, clinique et expérimentation) : par le Dr SAKORRAPHOS, agrégé de la Faculté de Médecine d'Athènes). (1 broch. de 16 pages, chez l'auteur, 20 rue Solon, à Athènes.)

Bon petit résumé de ce qui s'est fait jusqu'ici en thérapeutique antituberculeuse. L'auteur bataille contre certaines idées en cours. Il ne veut pas, comme Guéneau de Mussy, que la tuberculose soit un moyen de sélection naturelle. Il ne veut pas davantage, comme l'a affirmé M. Daremberg, que la tuberculose soit un indice de dégénérescence de la race. De même, la tuberculose, ne serait pas, contre l'opinion de M. Grancher, facilement guérissable. Bref, d'après le Dr Sakorraphos, la tuberculose pulmonaire est une maladie qui attaque indifféremment tout individu, indépendamment du tempérament et de l'hérédité, du sexe et de l'âge, et qui ne guérit que très rarement. Y.

La pratique des maladies des enfants. Tome III. *Maladies de l'appendicite et du péritoine, du foie, du pancréas, des reins, du sang, des ganglions et de la rate* : Un volume in-8 de 430 pages avec 89 figures noires ou coloriées. (Baillière, éditeur, Paris 1910.)

Le journal a rendu compte, il y a peu de temps, du tome premier de ce traité. Ce 3e volume (paru avant le second) présente les mêmes qualités que celui qui l'a précédé : même conception pratique, même clarté d'exposition, même soin à rapporter tous les faits nouveaux de la science contemporaine. Les différents chapitres sont écrits par MM. Haushalter, Castaigne, Simon, Leenhardt, dont la compétence est indiscutable.

A l'encontre de beaucoup de traités similaires, celui-ci fait une large part à la thérapeutique, c'est là un point qui sera très apprécié et lui donnera une place dans la bibliothèque des étudiants et des praticiens. P.-B.

Les méthodes modernes d'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire ; par le Dr F. CATHELIN. Un très fort et élégant vol. in-8o raisin, de XII-400 pages avec 100 figures dans le texte, cartonné toile anglaise à biseaux (Librairie Henri Paulin et Cie, Editeurs, Paris (VIe) : 20 fr.

Les *Méthodes modernes d'exploitation chirurgicale de l'appareil urinaire* ont été annoncées par l'auteur il y a plus de deux ans. Si nous en jugeons par l'accueil tout particulièrement favorable qui a été réservé par la Presse, les Praticiens et les Etudiants à ses *Conférences cliniques de chirurgie urinaire*, publiées en septembre 1908, et à son *Atlas d'Anatomie pathologique chirurgicale urinaire*, paru en mars 1909, ces *Méthodes modernes d'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire*, qui forment la trilogie annoncée par l'auteur, seront elles-mêmes aussi bienveillamment accueillies.

Ce nouveau livre de technique chirurgicale spécialisée constituera une aide précieuse pour la thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire, pour lesquelles M. CATHELIN est certainement, en France et ailleurs, celui qui a imaginé le plus d'appareils nouveaux, et, à ce titre, cet ouvrage doit faire partie de la bibliothèque de chaque praticien et de chaque étudiant.

Tous les chapitres de ce volume sont d'ailleurs empreints du libéralisme et de la largeur de vues bien connus de l'auteur.

Nous ne pouvons mieux faire que de détacher ici une partie de la *Préface* du jeune maître :

« Le temps est passé où DÉSORMEAUX pouvait parler, avec quelque apparence de raison, de l'infériorité relative de la pathologie des voies urinaires, comparée à celle des autres organes ». En France tout au moins, l'étude de l'appareil urinaire, sous l'influence du professeur GUYON et de son Ecole, a marché depuis cette époque à pas de géant et l'on serait mal venu de parler aujourd'hui d'infériorité, quand on peut opposer aux acquisitions lentes des autres branches la découverte du *lithotriteur*, de l'*urétrotome* et du *cystoscope*.

On peut même dire que le diagnostic des affections urinaires présente, grâce aux multiples moyens d'investigation dont nous disposons aujourd'hui, une précision et une sécurité auxquelles ne pourra prétendre de longtemps l'étude des autres chirurgies abdominales, car « les grandes évolutions de la médecine ne se sont jamais faites que de deux manières : vers l'erreur, à la faveur des doctrines philosophiques, et vers la vérité, grâce à des techniques nouvelles » (Lermoyer).

L'opération, en tant qu'exactitude de diagnostic, se fait donc presque à coup sûr et l'on peut prévoir, dans de larges limites, comment le malade réagira après l'acte opératoire. Il y a là un caractère de précision qui, sans être absolu, ne peut échapper à personne et dont le côté séduisant, bien fait pour attirer les esprits positifs, a été pour quelque chose dans la place qu'a conquise, dans tous les pays, l'étude de l'appareil urinaire.

Quand on connaît d'ailleurs les progrès considérables faits dans cette branche depuis seulement dix ans, et en particulier dans l'étude du diagnostic des affections rénales, on reste étonné de ce que pouvait être la science des indications au temps de SIMON, le promoteur de cette chirurgie spéciale, c'est-à-dire à une époque où n'existaient ni la *radiographie*, ni la *cystoscopie*, ni le *sondage des uretères*, ni la *division endovésicale des urines*. Ce ne pouvait être qu'une chirurgie de hasard qui a pu donner des succès inespérés et brillants, mais qui a dû réserver aussi de terribles méprises.

Cet ouvrage, qui est le troisième de la trilogie annoncée au commencement de l'année scolaire, — tous trois représentant le fruit de dix années de travail, — met au point les grandes questions modernes d'urologie et de chirurgie urinaire, qui intéressent à la fois le praticien et le spécialiste.

La chirurgie urinaire a, en effet, sur les autres cet avantage de n'être pas exclusivement mécanique ; elle fait appel, pour arriver à la solution désirée, c'est-à-dire à la recherche de la vérité, à des méthodes d'investigations multiples qui font que le chirurgien urinaire idéal doit être à la fois, en dehors d'un parfait technicien, un mécanicien, un chimiste, un histologiste doublé d'un radiographe, d'un physiologiste et d'un médecin.

Ce livre n'est pas, comme plusieurs autres similaires, une compilation sèche et aride de travaux empruntés à des auteurs étrangers. J'ai voulu laisser le soin des énumérations fastidieuses, sans relief et sans aperçus originaux, à d'autres dont le temps moins précieux permet d'utiles collections. N'est-il pas vrai qu'à côté des artistes et des écrivains il y ait place pour les critiques d'art. Il s'agit ici d'un livre absolument personnel, où l'auteur a voulu mentionner tout ce qu'il a vu et fait pendant une période de dix ans en chirurgie urinaire exploratrice, qui est certainement la plus passionnante de toutes. »

La table des matières qui permettra de se rendre compte de l'importance de tout premier ordre de ce nouvel ouvrage du jeune et réputé chirurgien en chef de l'*Hôpital d'Urologie* est divisée en sept chapitres. CHAPITRE PREMIER. — *L'évolution de la chirurgie rénale. Recherches modernes sur les formes rares des reins chirurgicaux.* — Le rein unique au point de vue chirurgical ; Définition du rein unique ; fréquence de cette anomalie ; Procédés permettant de déceler le rein unique. — Le rein ectopique croisé ; Observations ; Reins ectopiques croisés concrescents ; Reins ectopiques croisés non concrescents. — Aspect morphologique de l'appareil rénal : forme des reins, uretères, système vasculaire. Etat des organes voisins : capsules surrénales, organes génitaux femelles. — Le rein restant après néphrectomie ; La sécrétion du rein restant ; Jusqu'où descend la quantité d'urine ; En combien de jours se fait la montée maxima ; Taux des matières élaborées du rein restant après néphrectomie ; Variation du chromogène de l'urine ; Hypertrophie compensatrice du rein restant.

CHAPITRE II. *La division endovésicale des urines des deux reins* (Méthode de Lambotte).

CHAPITRE III. *La cystoscopie simple à eau et à prisme.*

CHAPITRE IV. *La cystoscopie à air et sans prisme à vision directe.*

CHAPITRE V. *Le cathétérisme urétéral.*

CHAPITRE VI. *L'urétroscopie moderne* (Sa valeur, ses limites).

CHAPITRE VII. *La mensuration instrumentale de la prostate.*

La médecine à bord. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine (Prix Clarens), par le Dr FRANK CLAIR, médecin sanitaire maritime. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Un vol. in-16 : 5 francs.

Depuis quelques années, les publications relatives à la Médecine et à l'Hygiène maritimes se sont multipliés avec une heureuse fréquence, qui témoigne et de l'activité des médecins maritimes et de la faveur dont jouissent auprès du public médical les contributions du corps naviguant. Cependant si l'on ex-

cepte quelques monographies et les ouvrages de police sanitaire, ces publications ne s'adressaient pas spécialement aux médecins désireux de naviguer et il restait à écrire un livre qui fût en même temps qu'un memento de pathologie et de thérapeutique, un guide éclairé pour les débutants.

C'est ce compendium que nous offre le Dr Franck Clair, que dix-huit ans de navigation ont rompu à toutes les éventualités et aux difficultés d'ordre sanitaire et médical avec lesquelles le médecin de bord peut se trouver aux prises, du fait de son isolement professionnel et des moyens nécessairement limités dont il dispose.

Certes, le Dr Clair n'a pas songé à s'investir de fonctions didactiques et ces « Notes », comme il les intitule modestement, ne pretendent à présenter ni des faits cliniques nouveaux, ni un traité magistral de pathologie nautique. Au reste, son avant-propos ne se réclame que de l'expérience acquise, ce qui n'est pas pour déplaire à ceux qui ont éprouvé qu'en ces matières les auteurs de mérite sont ceux qui ont « vécu leurs livres ».

Nous analyserons brièvement cet ouvrage de « bonne foi ».

Dans une première partie, l'auteur, après quelques généralités sur le fonctionnement du service médical à bord, relate succinctement les affections le plus souvent observées à la mer, en insistant sur les particularités pathogénétiques spéciales au milieu nautique et sur les méthodes de traitement compatibles avec les moyens thérapeutiques du bord.

Dans une seconde partie, le Dr Clair fait valoir les raisons pressantes qui militent en faveur de la création d'un corps des médecins sanitaires maritimes organisé sous le contrôle de l'Etat, relevant et tenant son autorité du Ministère de l'Intérieur ; nous avons nous-même, après tant d'autres, prôné la nécessité d'une semblable organisation avec trop de conviction pour ne pas savoir gré à l'auteur d'y insister à son tour ; mais discuter en détail le projet d'organisation qu'il préconise nous entraînerait trop loin : disons seulement que pleinement d'accord avec lui sur le principe, nous sommes, avec d'autres confrères, et non des moindres, partisan d'une organisation plus vaste, embrassant tous les services médicaux et sanitaires de la marine marchande, conçue à l'image du *Public halt hand Marine Hôpital Service* des Etats-Unis, institution qui constitue la plus parfaite et la mieux adaptée aux besoins modernes de toutes les organisations sanitaires existantes.

Des considérations des plus intéressantes sur le rôle, les devoirs et les multiples fonctions du médecin de bord, sur l'installation des locaux hospitaliers à bord des navires, sur la nomenclature des médicaments et des instruments indispensables sur le matériel de laboratoire utile, complètent ce petit livre que termine un chapitre de déontologie médicale et maritime empreint d'une sage philosophie et de l'expérience qu'autorise une longue carrière tout entière consacrée à la navigation.

Dix Ans aux Pays du Dragon. Visions de Guerre. Impressions d'un Globe-trotter. Souvenirs paramédicaux; par le Dr J.-J. Matignon. (In-18, 1910, 38 figures : 3 fr. 50. A. Maloine, éditeur.)

L'Extrême-Orient, toujours actuel, n'a pas de secrets pour le Dr Matignon qui l'a parcouru en tous sens, pendant de nombreuses années, de Pékin à Séoul, de Tokio au fond de la Mongolie.

Dix Ans aux Pays du Dragon est les derniers souvenirs d'officier, de médecin et de voyageur du Dr Matignon qui nous a déjà initié à l'âme chinoise en son magistral ouvrage sur *la Superstition, le Crime et la Misère en Chine* (4e édition, 1903), donne des impressions très curieuses de touriste sur la Chine, le Japon, la Corée et la Mongolie dans son *Orient lointain* (1903).

Dix Ans aux Pays du Dragon comprend trois parties : Visions de Guerre; Impressions d'un globe-trotter ; Souvenir paramédicaux.

Les Visions de guerre sont poignantes : l'auteur y parle de choses auxquelles il a été intimement lié ; — « rescapé » du siège des Légations, il était en Mandchourie avec les Nippons. — Ce sont : le mouvement boxer et le drame de Pékin, les causes morales et les conséquences de la victoire de Moukden. Histoire, art militaire, psychologie, tout s'y trouve.

Les Impressions du globe-trotter nous promènent des Tombes impériales de Moukden aux Prisons de Pékin, en passant par Séoul où est étudiée la condition de la femme coréenne.

Ses *Souvenirs para-médicaux*, qu'on pourrait appeler médicaux tout court, car nous retrouvons la touche du médecin sociologue, nous font pénétrer nombre de points très curieux de la biologie sociale de l'Extrême-Orient : les Aveugles, les Médecins, le Mariage, la Maternité, la Prostitution.

Dix Ans aux Pays du Dragon est écrit dans ce style simple plein de bonhomie et d'humour, auquel depuis longtemps nous a habitués le Dr Matignon. Un indulgent optimisme est la caractéristique de l'ouvrage. Qu'il relate les angoisses des assiégés des Légations, qu'il explique les raisons des victoires japonaises, qu'il étudie les sanctions pénales en Chine ou la galanterie officielle au Japon, l'auteur s'efforce de le faire avec un très grand sens de justice, en philosophe que sa longue fréquentation des hommes et des femmes de toutes races et de toutes couleurs a rendu indulgent aux travers de l'humanité, et que sa participation à une série d'événements des plus dramatiques a suffisamment trempé pour lui permettre de savoir s'élever au dessus des petites contingences de la vie qui sont trop souvent notre terme de comparaison dans nos appréciations des hommes et des événements.

Contribution à l'étude expérimentale clinique et thérapeutique de certaines néphrites médicamenteuses; par le Dr Marcel Cantenot (*Thèse de Paris*, 1910, chez Henri Jouve, 15, rue Racine.)

Travail très intéressant dans lequel l'auteur se propose de démontrer et démontre que certains diurétiques indspensables dans certaines néphrites pour provoquer une débâcle libératrice; non seulement n'ont pas d'action nocive sur le rein comme on a tendance à le croire mais peuvent être de la plus haute utilité.

Voici d'ailleurs les conclusions de l'auteur :

1° Certaines substances médicamenteuses ont une action élective sur les éléments épithéliaux des tubes contournés du rein par lesquels elles s'éliminent ;

2° Le processus éliminatoire est sensiblement le même pour toutes ces substances et les lésions anatomo-pathologiques qu'elles déterminent sont identiques ;

3° Nous basant sur les théories actuelles, qui font du rein « une glande holocrine dont les cellules se détruisent dans l'acte sécrétoire et où la figure histologique de l'excrétion urinaire est représentée par la chute de la cellule rénale », nous nous croyons autorisé à dire que les substances précitées, données à dose excessive, détruisent immédiatement les épithéliums, ou leur demandent tout au moins un travail éliminatoire auquel ils ne peuvent pas suffire. Mais nous concluons d'autre part qu'il existe pour chacune de ces substances une dose thérapeutique à déterminer, laquelle, par une simple action stimulante exercée sur l'épithélium, ne fera qu'activer ou réveiller la fontion urinaire ralentie ou suspendue.

On trouvera en outre dans cette thèse une bonne étude physiologique du rein, ainsi qu'un index bibliographique complet sur la question qui fait l'objet de cet excellent travail.

Quelques Dissections d'Anatomie; par Paul Hallopeau, chef de clinique chirurgicale, et Eugène Douay, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. gr. in-8°, de IV-1?4 pages, avec 55 planches en noir et en couleurs. (Masson et Cie, éditeurs. Prix : 5 fr.)

Parmi les préparations qui se donnent à l'examen d'anatomie et dans les concours, les auteurs ont choisi les plus importantes, et particulièrement celles dont l'exécution est malaisée. Ils se sont efforcés de montrer les points délicats de la dissection, d'indiquer les moyens pratiques facilitant la recherche des organes difficiles à conserver, d'expliquer enfin la façon la plus simple de mettre la préparation en valeur.

Des figures en deux teintes, dessinées d'après nature, reproduisent avec une scrupuleuse exactitude les diverses régions anatomiques avec leurs aspects successifs, montrant les étapes que l'élève devra suivre pour arriver au résultat définitif. Ce manuel de technique répond à un besoin qu'ont éprouvé tous ceux qui se sont occupés de dissection, il sera précieux à l'étudiant en le guidant à chaque instant dans l'exécution de sa préparation d'examen, il sera utile au candidat aux concours en lui rappelant les temps délicats et les procédés fidèles et rapides d'exécution.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Etiologie

Un cas de diabète pancréatique d'origine typhoïdique ;

Par MM.

RIEUX et ACCOLAS

Médecin major de 2e classe Répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.

Elève à l'Ecole du service de santé militaire.

Dans l'étiologie du diabète pancréatique l'infection typhoïdique récente n'a pour ainsi dire jamais été signalée. Cette considération, jointe à celles d'ordre plus général que le cas comporte, nous ont engagés à publier l'observation d'un diabète moyen pancréatique survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. L'observation reste incomplète, puisque le malade n'a pas pu être suivi jusqu'à la fin de la maladie. Nous nous décidons néanmoins à la faire connaître, ne serait-ce qu'à titre d'indication à des recherches du même ordre.

Observation.

R.., âgé de 22 ans, cultivateur, accomplissant sa 2e année de service militaire, entre le 20 avril 1909 à l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon pour polyurie.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, il n'y a rien à signaler ; son père est mort d'une affection pulmonaire indéterminée.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève, jusqu'à son incorporation, qu'une rougeole à l'âge de 12 ans.

En avril 1908, il est soigné à l'hôpital militaire de Romans pour une fièvre typhoïde grave traitée sans incidents ni complications par la balnéation froide. Le malade reste au lit une quarantaine de jours, puis sort de l'hôpital avec un congé de convalescence de deux mois.

Un mois après sa sortie de l'hôpital, il voit survenir une polydypsie sans cesse croissante, et absorbe jusqu'à 15 litres de tisane par jour. Cette polydypsie s'accompagne d'une polyurie intense, d'amaigrissement progressif et de crampes nocturnes dans les mollets, crampes qui, d'abord très intenses, s'atténuent dans la suite, mais sans jamais disparaître.

Devant la persistance de ce mauvais état général, le congé de R. est prolongé de 4 mois.

En janvier, surviennent des troubles oculaires, sensation de brouillard devant les yeux, paralysie de l'accommodation ; ces troubles croissent pendant 15 jours, restent stationnaires pendant un mois, puis disparaissent en deux semaines. En même temps, le malade est pris d'asthénie, avec impuissance génitale.

Rentré le 9 avril à Romans, il est évacué le 20 sur l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon.

Examen le 21 *avril* 1909. — L'état général est assez bon, malgré l'amaigrissement du malade et son asthénie. Sa taille est de 1 m. 58, son poids de 50 kg. (il dit avoir pesé 60 kg.) Température 36°4.

Appareil uro-génital. — La polyurie est considérable (7 l. 800 en 24 h.) avec pollakiurie diurne et nocturne. Les urines pâles, claires, sans dépôt, sans albumine, contiennent beaucoup de sucre. La palpation des régions rénales est douloureuse, surtout à gauche. L'impuissance génitale est absolue.

Système nerveux. — Le réflexe rotulien est aboli, les autres réflexes tendineux sont diminués ; les réflexes cutanés et oculaires sont normaux.

Les sensibilités cutanées et profondes sont normales, sauf aux membres inférieurs, un peu d'hyperesthésie à la piqûre et d'incoordination motrice. Il n'y a ni douleurs spontanées, ni troubles trophiques : cependant la peau est anormalement sèche.

Le psychisme est bon, mais le malade a un peu de paresse intellectuelle et de somnolence.

La force musculaire est conservée, mais l'examen provoque des crampes, surtout dans le mollet droit.

Les organes des sens sont normaux, même la vue, qui ne présente plus de troubles.

Appareil respiratoire. — Rien d'anormal.

Appareil circulatoire. — A part de la dyspnée d'effort, des palpitations datant de la fièvre typhoïde, et un dédoublement inconstant du 2e bruit à la base du cœur, il n'y a rien d'anormal.

Appareil digestif. — La dentition est intacte. Depuis 2 jours, le malade a la langue saburrale, de l'anorexie, de la diarrhée. L'estomac semble normal. L'abdomen est souple mais un peu ballonné, et cela depuis la fièvre typhoïde selon le malade. Le foie n'est pas augmenté de volume, mais douloureux à la pression. Le pancréas ne paraît pas douloureux. La rate n'est pas perçue.

Du 23 au 30 avril, le malade a des vomissements, de la diarrhée, de la somnolenee, ct ses urines contiennent de l'acétone.

Le 1er mai, la palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, et ne révèle rien d'anormal.

Le 13 mai, l'analyse des urines donne les résultats suivants :

	Quantité 11 l. 700/24 h gr.	Total gr.
Sucre	70.2 %	821
Urée	3.6	42.12
Urates	Traces	Traces
Az total	1.25	14.62
Phosphates P^2O^5	: 0.26	3.04
Acétone	Traces	Traces
Densité à 15°	1.036	

Cette analyse montre que, à part le sucre, les excreta urinaires ont leurs proportions presque normales, et que, surtout, il n'y a pas d'azoturie.

Le 16 mai, un cachet de 0.50 de salol est donné au malade : le salol n'est pas dédoublé.

Le 18 mai, un cachet de 0,50 de salicylate de soude est donné : le perchlorure de fer révèle bientôt l'acide salicylique dans l'urine. Le 20 mai, R... prend 0,50 de salicylate de soude en capsules kératinisées : l'acide salicylique n'apparaît pas dans l'urine.

Le 27 mai, l'état qui, depuis le 1er mai, s'améliorait un peu, s'altère de nouveau ; il survient de l'acétonurie, de la somnolence, des troubles digestifs, accidents qui disparaissent le 1er juin.

Le 2 juin, le malade prend, entre 2 cachets de carmin, un repas d'épreuve ainsi composé :

Pain blanc........................	100 gr.
Viande de bœuf peu cuite............	60 gr.
Pommes de terre....................	100 gr.
Beurre..............................	30 gr.
Lait................................	500 gr.

Dix heures après, survient une selle de 250 gr. colorée par le carmin ; l'examen microscopique des selles y montre des graisses libres, quelques aiguilles d'acides gras, et surtout beaucoup de fibres musculaires *absolument intactes*, quelques-unes très longues, toutes très bien striées transversalement. A l'analyse chimique on trouve ;

Graisses..............	3,64 % de matières	8,10 pour 250
Savons................	0,120 —	0.28

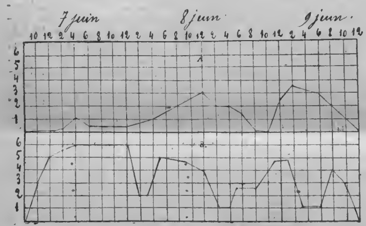
Le malade ayant ingéré environ 44 gr. de graisses en a donc inutilisé 18 % : il y a stéatorrhée.

De plus on admet qu'il y a hypostéatolyse lorsque, dans les matières fécales, pour 100 de graisses non dédoublées, on trouve moins de 150 de savons. Les savons étant ici 3,3 % de graisses neutres, il y a donc hypostéatolyse presque absolue.

Le 8 juin, à 8 h. du matin, le malade prend 0 gr. 30 de bleu de méthylène en capsules kératinisées ; le bleu n'apparaît dans les urines qu'à 6 h. du soir, en petite quantité, atteint un pré-

mier maximum le 8 juin à midi, puis, après une intermittence de 6 h. à 10 h. du soir, atteint un deuxième maximum le 9 juin à 2 h. du matin, pour disparaître définitivement à 10 h.

Le 10 juin, à 8 h. du matin, le malade prend 0,30 de bleu en cachet ; une demi-heure après, le bleu apparaît dans l'urine, la teinte devient foncée très rapidement, passe au bleu intense à midi, reste stationnaire jusqu'à minuit, puis disparaît le 11 juin à 2 h. du matin. A 4 h. du matin, l'élimination du bleu reprend, dure en diminuant jusqu'à midi, s'interrompt, reparaît à 5 h., puis, après une nouvelle interruption de minuit à 7 h. du matin, disparaît définitivement le 12 juin à midi. Les courbes ci-jointes permettent de comparer les deux éliminations.



A. Courbe d'élimination du bleu de méthylène administré *en* capsule kératinisée. — B. Courbe d'élimination du bleu de méthylène administré *sans* capsule kératinisée.

Le 12 juin, le malade se plaint de voir sa vue se troubler : il présente de la paralysie de l'accommodation, arrivée le 18 juin à son maximum ; les urines contiennent beaucoup d'acétone.

Le 25 juin, l'accommodation redevient normale, et l'acétone diminue, mais le malade maigrit et s'affaiblit.

Le 29 juin, le 12 et le 19 juillet, le malade présente des troubles digestifs, à cette époque apparaît un début de cataracte. Il y a toujours beaucoup d'acétone.

Le 7 août, le malade, réformé, quitte l'hôpital.

A ce moment, son poids est de 50 kg. 600, son état général n'est pas sensiblement plus mauvais qu'à son arrivée. Il élimine 874 gr. de sucre par 24 h.

Discussion. — Ce cas de diabète, indépendamment de son étiologie, présente déjà un certain intérêt en raison de ses anomalies.

Tout d'abord, la quantité de glycose excrétée est énorme puisque le malade, excrétant à son entrée à l'hôpital 797 gr. de sucre par 24 heures, a vu ce chiffre s'élever peu à peu, pour atteindre et même dépasser 1.000 gr., taux observé du 17 juin au 8 juillet presque sans interruption. Dans la suite, la quantité de sucre excrétée a oscillé entre 660 et 920 gr.

Mais à côté de cette glycosurie considérable, on ne trouve ni troubles de l'excrétion des chlorures, ni phosphaturie, ni surtout l'azoturie, qui est signalée comme tenant une place importante dans le cortège des symptômes du diabète pancréatique.

Au bout de quelques semaines, le malade, peut-être sous l'influence d'un régime riche en graisses, a présenté de l'acétonurie, d'abord intermittente, puis continue, avec des quantités de plus en plus fortes d'acétone, au point d'avoir, dans l'haleine, l'odeur très nette de pomme reinette. Cependant, à part un peu de somnolence et quelques troubles digestifs, le malade n'en a jamais paru sérieusement incommodé.

Signalons aussi que ce diabétique n'a pas présenté la déchéance physique rapide, avec issue fatale à brève échéance, qui est généralement la caractéristique des diabètes maigres, surtout des diabètes pancréatiques.

Enfin on n'a jamais observé le moindre symptôme subjectif ou objectif dans la région pancréatique, toujours restée absolument indolore et normale à l'inspection, la palpation et la percussion.

En somme, à part la glycosurie intense, tous les autres faits : indolence de la région pancréatique, absence de troubles dans les autres excreta urinaires, persistance d'un état général assez bon, pourraient, à première vue, faire écarter le diagnostic de diabète pancréatique.

Et cependant la recherche de l'insuffisance pancréatique permit d'en trouver *tous* les signes au complet, et remarquables par l'intensité et la netteté des réactions : l'insuffisance éclatait pour ainsi dire aux yeux et montrait, à n'en pas douter, un trouble considérable dans le fonctionnement du pancréas.

De plus les intermittences très nettes notées dans l'élimination du bleu de méthylène permettaient de penser à un certain degré d'insuffisance hépatique associée.

Mais l'intérêt de ce diabète réside surtout dans son étiologie. En effet, absence de tout signe de diabète avant la fièvre typhoïde, apparition, pendant la convalescence, d'un diabète remarquable par son intensité, accompagné de toutes les réactions de l'insuffisance pancréatique, tous concourt à faire admettre : 1° que l'infection éberthienne a été la cause de ce diabète ; 2° que ce diabète est d'origine pancréatique.

Le bacille d'Eberth peut agir par trois mécanismes différents :

1° Lésant les centres nerveux bulbaires ou le sympathique il peut troubler l'innervation du pancréas, entraînant ainsi l'atrophie de la glande et son insuffisance fonctionnelle ;

2° Empruntant la voie sanguine, il provoque une sclérose vasculaire, l'atrophie des îlots de Langerhans, puis des acini ;

3° Remontant de proche en proche le long des canaux excréteurs il peut frapper d'atrophie et de sclérose les acini sécréteurs, et secondairement les îlots de Langerhans.

La théorie nerveuse nous semble peu acceptable : sans doute la toxine éberthienne peut imprégner les éléments nerveux et provoquer des névrites, et même des polyuries intenses ; mais la rareté de ces faits, l'absence absolue de troubles nerveux chez notre malade, soit pendant la dothiénentérie, soit pendant la convalescence, nous font rejeter cette explication.

L'hypothèse d'une infection sanguine est plus satisfaisante : la présence du bacille d'Eberth dans le sang au cours de toutes les fièvres typhoïdes, les lésions observées dans plusieurs glandes de l'organisme, les cas de pancréatites typhiques d'origine sanguine publiés par plusieurs auteurs, entre autres MM. Chauffard et Ravaut rendent cette hypothèse acceptable.

Cependant, en général, l'infection du pancréas par voie sanguine provoque une pancréatite aiguë, souvent hémorragique, accompagnée d'un état général très grave et des symptômes alarmants.

Au contraire, les symptômes de l'infection ascendante canaliculaire se rapprochent beaucoup plus de ce que nous avons observé : l'infection est insidieuse, son début passe inaperçu et la lésion ne se révèle que par les troubles de fonctionnement du pancréas.

Il s'agirait donc d'une infection ascendante canaliculaire ayant envahi et sclérosé la glande en totalité, et supprimé ainsi ses sécrétions internes et externes.

Pour comprendre comment le bacille d'Eberth a pu envahir et frapper aussi sévèrement le pancréas, il est nécessaire de rappeler brièvement la physiologie des canaux excréteurs de cette glande.

Le canal de Wirsung, aboutissant à l'ampoule de Vater, est doublé, à son extrémité duodénale, par le canal de Santorini : celui-ci se jette dans le duodénum, à 2 ou 3 centimètres au-dessus du canal principal. Sans valvules, il peut être remonté avec la plus grande facilité par un courant de liquide et la circulation s'y fait indifféremment du canal de Wirsung vers le duodénum ou du duodénum vers le canal de Wirsung.

Il en résulte qu'une infection peut, avec la plus grande facilité, remonter le long du canal de Santorini.

C'est ce qu'ont bien montré les travaux de Carnot et de Desjardins qui, poursuivant l'étude expérimentale des pancréatites, ont pu réaliser l'infection ascendante du pancréas, même sans lier le canal de Wirsung.

A première vue, le cas de notre malade semble exceptionnel et nous n'avons pu trouver dans la littérature un seul fait montrant que la pancréatite typhique ait amené un diabète.

Cependant Rumpf note dans les antécédents de 100 diabétiques 6 cas de fièvre typhoïde et 10 cas de catarrhe gastro-intestinal.

Mais peut-être cette cause de diabète intervient-elle plus fréquemment qu'on ne le pense.

En effet, la lithiase du pancréas est fréquente dans le diabète pancréatique : Hansemann la trouve dans 16 % des cas, et Lazarus note de la glycosurie dans presque la la moitié des pancréatites calculeuses. Plusieurs auteurs d'autre part ont décrit la coexistence de cirrhose hépatique et de cirrhose pancréatique dans certains diabètes. Bouchard a montré la fréquence de la lithiase biliaire dans le diabète.

Enfin, de nombreux auteurs ont constaté la fréquence de la pancréatite chronique au cours de la lithiase biliaire ou de l'angiocholite, soit qu'il s'agisse d'une infection biliaire primitive, frappant secondairement le pancréas, soit que les deux infections aient une même origine duodénale.

Or, on admet à l'heure actuelle que les cirrhoses et les lithiases ont une origine infectieuse et que, dans la majorité des cas, la lithiase biliaire est due au bacille d'Eberth. Peut-être dans un certain nombre des cas cités plus haut y a-t-il eu typhoïde très atténuée, comme dans ces cas, bien connus à l'heure actuelle, où seul le sérodiagnostic permet d'affirmer la dothiénentérie : l'infection éberthienne atténuée qui peut même être passée presque inaperçue, frappant les voies biliaires puis le pancréas, aura créé la double lésion hépatique et pancréatique, et provoqué un diabète paraissant spontané. Il est logique d'admettre que, puisque le bacille d'Eberth frappe souvent les voies biliaires, et qu'il peut aussi provoquer des pancréatites, il doit agir sur le pancréas et causer des diabètes pancréatiques plus fréquemment que la statistique ne l'indique.

Conclusions. — En résumé :

1° Le bacille d'Eberth peut causer un diabète pancréatique grave par infection ascendante. Il est donc nécessaire de surveiller le pancréas au cours de la fièvre typhoïde et de la convalescence ;

2° Cette action peut s'exercer d'une façon très insidieuse sans aucun phénomène subjectif dans la région pancréatique ;

3° Un certain nombre de diabètes pancréatiques reconnaît probablement pour origine une infection éberthienne atténuée.

Séméiologie

L'oreillon unilatéral et son diagnostic ;

Par M. Ribierre, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

« Les oreillons n'ont pas de singulier », disait Bouchut, et, sous une forme peut-être moins péremptoire, cette opinion paraît celle du maître qui nous a légué des pages d'une observation si pénétrante sur les infections, de Trousseau.

Depuis, on en a appelé de ce jugement trop absolu. Dans son remarquable Traité clinique des maladies de l'enfance, Cadet de Gassicourt écrivait en 1882 : « On est trop disposé à croire que l'oreillon est toujours double. D'après les faits observés par Rilliet dans l'épidémie de Genève en 1848 et 1849, la proportion de l'oreillon unilatéral à l'oreillon double a été comme 1 est à 10. Il n'est donc pas exact de dire, ainsi que le fait Trousseau, que toujours ou presque toujours, dans les oreillons, les deux parotides sont prises... J'insiste sur ce détail, parce que j'ai vu souvent des élèves méconnaître l'oreillon unilatéral, et en chercher la cause dans une affection de l'arrière-gorge qui n'existait pas. »

L'éventualité de la localisation unilatérale de la parotidite ourlienne est signalée actuellement par tous les auteurs des articles classiques, notamment par L. Guinon, par Hudelo, par Comby, et, dans une monographie très complète, ce dernier rappelle que dans certaines épidémies, à Arras, par exemple, l'oreillon unilatéral fut plus fréquent que les oreillons.

Peut-être, cependant, les auteurs soulignent-ils encore avec trop de complaisance l'aphorisme de Bouchut, car la bilatéralité de la fluxion parotidienne, dans les oreillons, est encore considérée comme un dogme par nombre de médecins.

Il ne nous paraît donc pas inutile « d'insister sur ce détail », en rapportant une courte observation ayant trait à un cas d'oreillons, dont la véritable nature, méconnue en raison de l'unilatéralité de la parotidite, fut ultérieurement démontrée par l'apparition d'une *orchite* caractéristique.

Il y a quelques jours, nous étions consulté par un jeune homme de 25 ans, employé dans une grande compagnie, qui se plaignait depuis deux jours d'un *gonflement considérable et très douloureux du testicule gauche.* En l'interrogeant, nous apprenions que, *dix jours auparavant*, il avait présenté dans la région parotidienne droite une tuméfaction volumineuse, relativement peu douloureuse, qui ne fut accompagnée que d'un léger mouvement fébrile mais fut bientôt suivie d'une *céphalée intense*, frontale et occipitale, gravative, extrêmement pénible, qui dura six jours environ, et ne s'atténua que la veille de la localisation testiculaire.

Lors de notre examen, nous constations encore un certain gonflement de la région parotidienne droite. Mais le *côté gauche* était absolument indemne et—le malade ainsi que sa femme étaient absolument affirmatifs à cet égard—n'avait jamais été le siège de la moindre tuméfaction, de la plus légère douleur.

Fait plus important, et qui nous paraît particulièrement digne d'être rapporté, le médecin de la Compagnie, qui examina à plusieurs reprises le malade à ce moment, lui déclara *qu'il aurait été très tenté de faire le diagnostic*

d'oreillons, mais qu'il ne pouvait l'admettre, en raison de l'unilatéralité de l'affection.

Le diagnostic restait donc indécis lorsque le malade vit apparaître, le 22 février, le gonflement testiculaire, pour lequel il nous consulta deux jours après. Nous constations alors que le testicule gauche était presque triplé de volume, mais avait conservé sa forme générale, que l'épididyme, difficilement isolable, ne présentait aucune nodosité. Pas d'écoulement uréthral, méat urinaire normal.

La localisation testiculaire ne s'était accompagnée d'aucune recrudescence de phénomènes généraux. *Ni tachycardie, ni bradycardie.* Le malade insistait sur le fait que sa céphalée, si pénible, avait presque disparu depuis quarante-huit heures. Facies un peu pâle et fatigué.

Les caractères de la détermination testiculaire ne laissaient pas subsister de doute sur la nature de la tuméfaction parotidienne, unilatérale, dont nous constations encore les vestiges. Elle était survenue à la date classique, au huitième jour environ.

Nous avons insisté sur ce point que le diagnostic d'oreillons avait été de prime abord écarté, uniquement en raison de *l'unilatéralité* de la parotidite. Cette circonstance démontre, comme nous le disions plus haut, une croyance encore persistante au dogme de Bouchut et c'est elle qui nous a particulièrement déterminé à rapporter cette observation. Celle-ci est une preuve nouvelle de la valeur toute relative des *aphorismes* en médecine, et de leur influence fâcheuse : l'isolement du malade peut être, en effet, négligé ou retardé si l'on méconnaît l'existence de l'oreillon unilatéral.

Le diagnostic de l'infection ourlienne doit se fonder non pas sur la localisation bilatérale de la fluxion parotidienne — puisque ce signe peut être en défaut — mais sur les *caractères objectifs, locaux*, de cette détermination, sur les *circonstances étiologiques* (absence de lésions locales, d'infections générales, d'intoxications génératrices de parotidites), au besoin sur les résultats de la *cytologie parotidienne*, procédé de diagnostic peut-être un peu délicat dans la pratique courante, mais dont Sicard et Dopter (1) ont montré le réel intérêt.

Il ne faudrait pas trop compter, pour établir le diagnostic, sur l'intensité des phénomènes généraux, et particulièrement de la fièvre, au début de l'infection ourlienne. S'il a existé un mouvement fébrile, chez notre malade, il a été bien léger et cette absence presque complète de réactions générales à l'infection n'est pas exceptionnelle, dans les oreillons. Cette circonstance est d'ailleurs de nature à favoriser la dissémination de la maladie. Dans un travail récent, Haury (2) rapporte que quatre cas d'oreillons s'étant déclarés au groupe des zouaves de Sathonay, des examens multiples firent découvrir que sur les 1000 hommes présents, 81 présentaient « des symptômes de tuméfaction glandulaire, sans aucun symptôme apparent de maladie ». Dans un régiment voisin, un seul homme était venu à la visite, et cependant un examen minutieux fit découvrir 24 oreillons atténués et 3 oreillons légers, ambulatoires.

Toutefois, il est un symptôme qui, lorsqu'il existe en concomitance avec une tuméfaction parotidienne, offre une réelle valeur diagnostique : c'est la *céphalée*. Nous avons insisté plus haut sur le caractère pénible et la ténacité qu'elle a présentés, durant plusieurs jours, chez notre malade. On sait que les travaux de Chauffard et Boidin (1), les observations de Dopter (2), ont permis de rapporter ce symptôme à une *irritation méningée*, que révèle la lymphocytose rachidienne. Le plus souvent, cette réaction méningée ne se traduit cliniquement, comme l'ont montré les auteurs précités, que par la *céphalée intense* et la *bradycardie*. Ce dernier signe n'existait pas chez notre malade, lors de notre examen, à un moment, il est vrai, où la céphalée, elle-même, avait presque disparu.

Quoi qu'il en soit, la céphalée des oreillons est intéressante au point de vue sémiologique. Elle peut, dans une certaine mesure, orienter le diagnostic vers la véritable nature d'une fluxion parotidienne, surtout lorsque celle-ci est unilatérale. Il ne faut pas oublier, d'autre part, qu'elle peut s'accompagner de modifications du pouls, de phénomènes de dépression psychique, de vomissements et être assez intense et persistante pour égarer le diagnostic, surtout *chez l'enfant*. Dans ce dernier cas, si la détermination parotidienne a été assez légère pour attirer à peine l'attention de l'entourage, on pourrait penser à une méningite de tout autre nature et infiniment plus grave, Seuls une enquête anamnestique minutieuse, un examen attentif des régions parotidiennes et sous-maxillaires, enfin, parfois, la notion de contagion, permettront de rapporter à leur véritable cause les accidents, graves en apparence, éphémères en réalité, ainsi que nous avons eu l'occasion de l'observer, cette année même, avec notre ami le Dr Bernard (de Saint-Ouen).

Ainsi le diagnostic de l'infection ourlienne n'est pas toujours des plus faciles, et le « détail », suivant l'expression de Cadet de Gassicourt, sur lequel nous avons voulu rappeler l'attention, à savoir l'existence de l'*oreillon unilatéral*, ne nous paraît pas négligeable, en pratique.

(1) Sicard et Dopter. — Cytologie parotidienne des oreillons, *Presse médicale*, 1905, 12 avril, p. 225.

(2) Haury. — Les porteurs ignorés d'oreillons. *L'hygiène générale et appliquée*, 1909, n° 5, p. 273.

(1) Chauffard et Boidin. — Deux cas de méningite lymphocytique dans les oreillons. *Bull. Soc. médic. des hôp.*, 25 mars 1904, p. 319.

(2) Dopter. — *Ibid.* Discussion, p. 326.

BULLETIN DU *PROGRÈS MEDICAL*

Les Travaux pratiques de Thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons déjà, deux fois, ici même, parlé de l'Enseignement de la Thérapeutique à la Faculté, et donné des exemples de l'impulsion féconde que lui a imprimée le Pr Gilbert. Nous avons, en particulier, relaté, en leur temps, comment l'enseignement de la Physiothérapie y avait pris sa place, grâce aux Conférences du jeudi, dont se sont chargés, tour à tour, une série de Spécialistes, parmi les plus dévoués et les plus compétents. Ces conférences, incorporées par M. Gilbert à son enseignement, amenant à notre vieille Ecole un peu de l'air frais du dehors, ont eu le plus grand succès auprès des Etudiants, et se sont déroulées, chaque année, devant un amphithéâtre aussi bondé que le cours de Thérapeutique lui-même.

Cette année, nous avons cherché à faire un pas de plus, en réalisant, sans plus attendre et par nos propres moyens, les Travaux pratiques de Thérapeutique que nous avions demandés, le Pr Gilbert et moi, lors des discussions relatives aux réformes médicales.

Ces Travaux pratiques ont eu lieu du 14 février au 5 mars : les étudiants y sont venus, empressés et pleins d'ardeur, comme ils le sont toujours quand on s'occupe

cordialement d'eux et qu'on leur demande un effort en le fournissant soi-même.

Pendant de grandes manœuvres de 3 semaines, ils ont été pris, matin et soir, ont formulé des ordonnances, rédigé des consultations ; ils ont appris la Gymnastique orthopédique, l'Electrothérapie usuelle, le Massage, en les pratiquant eux-mêmes sur des malades, et en se faisant taper sur les doigts lorsque leur technique était mauvaise. Enfin ils ont participé à une série de visites à des établissements thérapeutiques où ils ont vu jusqu'à quel point de perfection peuvent arriver certaines méthodes spécialisées.

Tout ce labeur a été fourni par les Etudiants avec une bonne grâce et un zèle que nous avons admirés, et par nos Collaborateurs, avec un entrain, un dévouement, une habileté didactique qui ne nous a pas étonnés de leur part mais dont nous leur sommes bien vivement reconnaissants.

C'est sur la nature de ces Travaux pratiques que je désirerais insister, ne fût-ce que pour montrer les efforts continus que chacun, à l'Ecole, fait vers le mieux, en dépit de détracteurs systématiques.

***

Tout d'abord, ces Travaux pratiques étaient *facultatifs*. Il est, en effet, impossible de faire participer *tous* les élèves à un enseignement sérieux. L'encombrement est le plus grand obstacle à la bonne tenue de Travaux pratiques de la Faculté de Paris; le petit nombre des élèves est, par contre, un avantage inappréciable que nous envions aux Facultés de province et aux Ecoles secondaires, avantage que ne savent pas assez apprécier les Etudiants et qu'ils dédaignent en venant s'entasser dans les Ecoles de la grande ville.

Facultatifs, ces Travaux pratiques restaient ouverts à tous les étudiants qui en comprenaient la nécessité, et qui s'engageaient, par leur inscription même, à fournir l'effort nécessaire : on était ainsi débarrassé des amateurs et des flaneurs, poids mort si terrible de tout enseignement !

En second lieu, ces Travaux pratiques étaient *gratuits*. Le fait, si naturel qu'il paraisse, mérite cependant d'être noté, par ces temps de cours payants et d'aspirations vers le privat-docentisme ! Depuis une dizaine d'années, en effet, tout est devenu payant dans notre Enseignement médical : conférences d'Externat, d'Internat, travaux pratiques de Bactériologie, de Pharmacologie, etc. ! Combien plus cordial et désintéressé était l'enseignement mutuel que nous avons connu il y a dix ans, où chacun instruisait les autres, pour la gloire qu'avec l'actuel utilitarisme et la commercialisation scientifique qui nous vient d'Outre-Rhin !

A cet égard, qu'il me soit permis de relater un joli mot d'un de nos plus remarquables Collaborateurs. Comme nous exprimions, devant lui, le regret de ne pouvoir « honorer » l'enseignement que nous lui demandions, il nous répondit ce mot charmant : « Vous n'avez nullement à vous en excuser : quand j'ai fait mes études, chacun s'est ingénié à m'apprendre, en bon camarade, ce que je sais ; j'ai donc contracté, pendant mes études, une dette que je ne fais qu'acquitter aujourd'hui vis-à-vis de nos camarades plus jeunes ».

Une première série d'exercices comprenait des *rédactions d'ordonnances* et des *épreuves de consultation* : pendant quinze jours, les Etudiants s'y sont exercés, à raison de quatre ordonnances par séance : étant donné un malade qui présente tel et tel symptôme, que conseillez-vous ? Etant donné que vous désirez prescrire telle et telle substance avec telle et telle autre, comment vous y prenez-vous ? Naturellement, il s'agissait souvent de petites colles, d'incompatibilités à éviter, de précautions thérapeutiques à formuler. Les ordonnances et consultations, rédigées par tous, nous étaient remises, à M. Deval et à moi, et rendues critiquées à la séance suivante : on donnait alors un type rectifié d'ordonnance pour le cas en question. Cette manière de faire a l'avantage de faire participer, à la fois, à ces exercices les 40 et 50 élèves du cours ; elle rompt les Elèves à une série de petites difficultés du métier et a, tous les ans, beaucoup de succès.

Une autre partie des Travaux pratiques était relative à des *exercices individuels de Physiothérapie usuelle*.

Pendant une semaine, Mme Nageotte-Wilbouschewitch a montré comment il fallait conduire et graduer les exercices de la gymnastique suédoise, de gymnastique respiratoire, certains exercices simples de gymnastique orthopédique.

Pendant une semaine, MM. Zimmern et Albert Weil, chacun à la tête d'une série, ont initié les élèves au maniement de l'électrothérapie usuelle, celle que l'on peut faire partout avec une pile et une bobine, qui rend tant de services et que chacun devrait pratiquer, même au fond des campagnes ; par contre, les méthodes plus compliquées et plus coûteuses, comme la haute fréquence (qui ne seront jamais entre les mains de tous les praticiens) n'étaient pas dans notre programme et faisaient seulement l'objet de visites à des établissements spéciaux.

La 3e semaine était consacrée au massage et à la mobilisation. MM. Dagron à Broussais, Durey et Cautru à Beaujon ont exercé individuellement chaque élève, avec une foi d'apôtres, à toutes les manœuvres simples que chacun doit savoir exécuter et qui rendent de si grands services à qui sait s'en servir.

De toutes les manœuvres de la Physiothérapie, ce sont, certainement, les plus simples, les moins dispendieuses et les plus utiles. Chacun porte partout avec lui un merveilleux instrument, sa main, qui lui donne d'admirables résultats quand il en sait faire usage. Tout médecin devrait donc en avoir la maîtrise et reconquérir, sur le rebouteur, le domaine qui lui avait été abandonné et qui lui donne si souvent des succès.

Enfin, parmi les visites qui ont terminé ces Travaux pratiques l'une a eu lieu à la Pharmacie Centrale si intéressante avec l'élaboration en grand des produits thérapeutiques, la confection de pilules, cachets, dragées, etc. D'autres ont été faites à des Etablissements d'Hydrothérapie, de Mécanothérapie, de Haute fréquence, de Radiumthérapie. Elles ont montré, à côté de la Thérapeutique que chacun doit pratiquer lui-même, les résultats qu'une autre Thérapeutique, spécialisée de par le prix de ses installa-

tions et la minutie de ses techniques, est capable de donner dans tel et tel cas clinique.

***

Tels furent ces Travaux pratiques dont le succès proclame l'utilité et dont on m'excusera d'avoir montré l'intérêt général pour le futur Praticien. P. CARNOT.

MÉDECINE PRATIQUE

Les billes mercurielles vaginales

Par G. MILIAN, médecin des hôpitaux

J'ai montré qu'il était possible de faire absorber le mercure par la muqueuse du gland chez l'homme en abandonnant sous le prépuce des pastilles d'onguent napolitain enrobé dans le beurre de cacao.

Ce traitement (1) a en outre l'avantage de traiter localement le chancre et les indurations qu'il laisse comme reliquat.

Chez la femme, la muqueuse vaginale peut également servir à cet usage. Bien que les conditions d'absorption soient moins bonnes, il est possible d'introduire le mercure par cette voie dans l'organisme, l'étendue de la surface absorbante et la possibilité d'appliquer en une fois des doses plus considérables de médicament compensent largement la médiocrité des propriétés d'absorption.

La malade introduit dans le vagin, le soir en se couchant, une des billes mercurielles suivantes :

Onguent napolitain	10 centigr.
Beurre de cacao.	40 centigr.
pour une bille n° 20.	

Un tampon d'ouate non hydrophile est introduite après la bille mercurielle de manière à empêcher l'écoulement du produit fondu.

La bille mercurielle est renouvelée chaque soir. Il est bon que la malade ne prenne d'injection que tous les deux ou trois jours. De la sorte la muqueuse s'imprègne bien de mercure et l'absorption est meilleure, parcequ'elle est plus continue.

Il n'y a à redouter aucune accumulation de muqueuse desquamée, le beurre de cacao empêchant l'exfoliation. Les soins de toilette externe de la vulve seront donc suffisants.

Par ce procédé, on guérit fort bien des accidents syphilitiques à distance. J'ai obtenu ainsi la disparition d'une syphilis papulo-squameuse de l'oreille chez une jeune femme de 26 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans, qui était atteinte de cette lésion depuis un mois ; une grosse gomme du genou datant de 3 mois chez une femme de 40 ans dont la syphilis était ignorée, etc.

La méthode vaginale mérite donc d'entrer dans la pratique symétriquement à la méthode des pastilles souspréputiales.

(1) *Progrès médical*, 11 déc. 1909, p. 634, et 19 février 1910, p. 113.



CRÉNOLOGIE

Le traitement arsenical du diabète sucré ;

Par le Dr E. F. CHRISTIN,
de La Bourboule.

La cause initiale du diabète peut être très variée; aussi bien n'avons-nous pas ici à la rechercher, mais seulement à considérer le trouble fonctionnel de l'organe chargé de la fonction glycogénique, le foie, et mettre en regard les moyens thérapeutiques que nous fournit l'arsenic dans le traitement de la glycosurie.

M. le Professeur Gilbert, dont j'eus l'honneur d'être l'élève pendant l'année 1900, a mis en lumière le rôle hépatique dans le diabète sucré, et c'est en me basant sur son enseignement et celui de ses collaborateurs que j'essayerai de donner aux médecins praticiens des renseignements exacts sur l'indication d'un traitement chloruré sodique arsenical de la glycosurie, à l'aide de l'eau minérale de La Bourboule.

En effet, si l'action de cette eau est universellement connue en ce qui concerne les dermatoses et le traitement des enfants lymphatiques et nerveux, il n'en est pas de même au point de vue du diabète, pour lequel nombre de médecins n'envisagent, comme susceptible de donner de bons résultats, que le traitement alcalin à hautes doses.

L'eau minérale de La Bourboule contient vingt-huit milligrammes d'arséniate de soude du Codex, et deux grammes 80 de chlorure de sodium, c'est donc l'eau arsenicale la plus forte de l'Europe centrale.

Ces doses considérables en font un véritable médicament qui ne doit pas être utilisé sans contrôle médical.

Depuis de longues années déjà, le traitement du diabète par l'arsenic a donné des résultats. Le Professeur Lécorché, dans son Traité du diabète sucré, publié à Paris en 1877, préconise le traitement de cette affection par l'arsenic, qu'il a employé sous forme de liqueur de Fowler à la dose de XX à XXX gouttes par jour.

Vers la même époque, M. le docteur Danjoy publie un mémoire contenant cent quatre-vingt-huit observations de malades traités par l'eau arsenicale de La Bourboule, et conclut en conseillant cette cure pour les diabétiques anémiés, amaigris et surtout à ceux chez lesquels l'azoturie est une contre-indication au traitement alcalin.

Ces auteurs, s'appuyant sur les recherches expérimentales de M. Saikowsky, pensaient que l'arsenic agissait sur le foie en modifiant la sécrétion de cet organe, mais ils ne donnaient aucune explication sur le mécanisme de cette action.

Si nous envisageons, au contraire, la glycosurie comme le résultat direct d'un trouble de la cellule hépatique, ce mécanisme nous apparaît clairement.

Je ne saurais mieux faire que de résumer les leçons de M. le Professeur agrégé J. Castaigne dans son cours de pathologie interne à la Faculté de Médecine de Paris.

«Nous pouvons classer, dit-il, les diabètes d'origine hépatique en deux grandes familles. Nous aurons ainsi les diabètes par anhépatie, lorsque le foie, ne fonctionnant pas normalement, ne transformera pas le glucose fourni par l'alimentation en glycogène, et le laissera passer presque aussitôt en nature dans le sang ; et d'autre part les diabètes par excès de fonctionnement, causés par une production intense de glycogène que l'organisme sera impuissant à utiliser complètement.

Au point de vue clinique, *les diabètes par insuffisance hépatique* s'observent chez des sujets assez âgés, ayant un foie fatigué. Ce ne sont pas des diabètes à grands symptômes dramatiques. La glycosurie n'est pas très abondante, et c'est surtout dans les heures qui suivent les repas que le taux du sucre est le plus élevé.

Le sucre n'est pas le seul élément modifié dans la composition de l'urine et une indication très importante à considérer est le taux de l'urée, qui est très abaissé. Cette ***hypoazoturie*** traduit la gêne fonctionnelle, ***l'hypo-activité*** de la cellule hépatique.

On y trouvera encore fréquemment de l'indican, qui comme l'hypoazoturie, indique l'insuffisance du travail hépatique.

Le malade sera affaibli, il maigrira, et l'analyse fractionnée de ses urines montrera plus de sucre dans les trois heures consécutives aux repas que dans les trois suivantes.

Dans la forme hyperhépatique au contraire, le fonctionnement exagéré du foie produit une quantité de glycose beaucoup trop considérable.

Une partie seulement peut être utilisée par l'organisme, l'excès est éliminé par le rein et se retrouve dans les urines. Cette glycosurie est plus ou moins abondante, mais le plus souvent elle atteint de fortes porportions; elle n'est ni régulière, ni continue, et l'examen fractionné des urines montre, non pas immédiatement après les repas, mais plus tard, quand le foie est en pleine élaboration des matériaux alimentaires, une recrudescence du taux du sucre. Il y a en même temps une *hyperazoturie* très marquée, parfois considérable (jusqu'à 80 et cent grammes).

Le type général des malades est tout différent des précédents; ils sont en général obèses, gros mangeurs, accusent toujours une soif fréquente et peuvent présenter tous les accidents du grand diabète.

Il est évident que ces deux types ne se présentent pas toujours avec autant de netteté. Un grand nombre de cas évoluent entre ces deux extrêmes, et M. le Professeur Gilbert a publié avec le Dr P. Lereboullet plusieurs rapports sur le rythme de la glycosurie dans le diabète sucré, par lesquels ils montrent comment se modifie progressivement, de la glycosurie physiologique au diabète le plus intense, le rythme de l'élimination du sucre, et quelle est, selon les cas, l'influence de l'alimentation.

Je n'entreprendrai pas la description de ces types cliniques, renvoyant le lecteur aux articles de sémiologie fonctionnelle du foie du Dr Pierre Lereboullet, où les idées modernes à ce sujet se trouvent exposées.

Quelles sont les conclusions qui découlent de ces faits, au point de vue thérapeutique.

« Deux médicaments, dit le docteur Verdalle, dans le rapport « qu'il présenta l'Académie de médecine de Paris, en mars 1905, « deux médicaments, répondent pour ainsi dire héroïque- « ment à ces deux indications contraires. Le bicarbonate de « soude est un puissant excitant de la cellule du foie: l'arsenic « est pour elle un frein non moins puissant. »

Cette utilisation des alcalins et de l'arsenic a été vérifiée expérimentalement, il y a peu de temps, par M. le docteur C. Fleig, de Montpellier, au cours de ses recherches sur les eaux minérales, et sa communication sur l' « Action des injections intraveineuses et sous-cutanées » des eaux de Vichy et de La Bourboule dans la glycosurie expérimentale et le diabète sucré, faite à l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, le 3 mai 1909, est une confirmation nouvelle du rôle bien distinct de ces médicaments dans les diabètes sucrés.

Dans le diabète par anhépatie, nous donnerons des médicaments qui stimulent le fonctionnement du foie, dans l'espèce, des alcalins, et on se trouvera souvent bien de l'opothérapie hépatique.

Dans le diabète par hyperhépatie, au contraire, on se gardera bien d'administrer de l'extrait de foie ou des alcalins, qui exagéreraient encore le fonctionnement de la cellule hépatique et, conséquence logique, feraient augmenter le taux du sucre. Il faut au contraire donner des extraits de pancréas, qui dépriment le foie, et de l'arsenic, qui est le meilleur régulateur de cet organe.

Il n'entre pas dans le cadre de cette note de publier de nombreuses observations, qui sont plutôt l'apanage d'un travail plus important ; je donnerai cependant quelques analyses prises dans les travaux de mes devanciers et dans ma propre pratique afin de démontrer par des faits précis et des chiffres les lignes qui précèdent.

Ces observations prouveront aussi que depuis plus de quarante années nous traitons dans notre station de La Bourboule le diabète sucré et qu'il ne s'agit donc pas de faits isolés et récents.

Dans le travail présenté à la Société d'hydrologie en 1877, par M. le docteur Danjoy, je prendrai comme type les deux observations suivantes :

Obs. 5. — M. C., 63 ans, psoriasis herpétique, diabète traité 3 ans à Vichy sans résultat durable.

		Quantité	Densité	Sucre total	Urée total
1874	21 août......	3040	1036.5	121.06	24.941
—	29 août......	1800	1032.0	45.47	22.10
—	10 septembre.	1400	1031.0	35.28	13.90

Obs. 16. — Diabète, 2e saison, amélioration très marquée.
Les progrès obtenus ont duré jusqu'en avril; bon effet de l'eau transportée employée pendant l'hiver, sucre en moindre quantité que l'année précédente.

		Quantité	Densité	Sucre total	Urée totale
1875	29 août........	1910	1034.5	66.85	24.03
—	18 septembre ..	1580	1029.0	28.71	22.62

Sur les 188 observations données, le docteur Danjoy n'a eu que neuf insuccès, cas dans lesquels le taux du sucre est resté stationnaire, mais sans aggravation.

Dans le rapport présenté à l'Académie de médecine par M. le docteur Verdalle, médecin consultant à La Bourboule, en mars 1905, je prendrai également deux observations types parmi les soixante-quatre qu'il présente.

Obs. 55. — 1905. — Madame X..., 52 ans, grande soif, pas d'appétit, fatigue générale. Diabète hyperhépatique datant de 10 ans au moins, a suivi plusieurs régimes et traitements sans grands résultats.

	Volume	Glucose	Urée
Mai.	2000	125	.....
Juin, arrivée à La Bourboule.	1350	75.35	32.40
15 juin..................	1500	47.46	24.75
22 juin..................	1250	22.60	22.14
28 juin..................	1070	12.57	22.68
3 juillet	1980	15.50	23.32
juillet..................	1630	7.36	26.89

Dans cette remarquable observation, il saute aux yeux que l'état d'équilibre s'est établi parallèlement et dans la santé générale et dans le chimisme urinaire.

La guérison n'est pas parfaite, mais on peut dire que le maximum possible a été obtenu.

Obs. 50. — M. X..., industriel, 59 ans. Syphilis à l'âge de 28 ans, diabète remontant à 5 ou 6 ans et peut-être davantage, très fatigué, perte de la mémoire.

		Volume	Glucose	Urée
1905	Dernièrement	3000	120	.....
	Arrivée à La Bourboule....	1550	44.82	24.02
	30 juin	1600	32	21.20
	6 juillet.............	1800	16	19

Ce malade avait fait quatre saisons à Vichy sans résultat appréciable. Se sent beaucoup plus fort maintenant, peut lire et travailler.

Je n'insisterai pas davantage et me contenterai d'exposer deux cas intéressants parmi ceux que j'ai eu l'occasion de traiter.

Le premier cas est de beaucoup le plus démonstratif, car il s'agissait d'une malade ayant esayé de nombreux traitements plus ou moins nettement alcalins et à la suite desquels l'exacerbation de la maladie fut toujours très marquée.

Mad. M. R. B., 53 ans, Charlestown, Etats-Unis. Diabète découvert depuis cinq ans, nombreux traitements. L'année dernière a fait plusieurs cures en Suisse et Allemagne sans résultats.
Ragaz (Suisse), 25 juin 1905.
Analyses du Laboratoire Sanderhauf.

	Quantité	Densité	Sucre par litre
30 juin	1240	1030	38.46
16 juillet	1300	1037	43.24
29 juillet	1250	1030	38.01

Cette saison fut suivie d'une autre à Bad *Neuenhar* (Allemagne).
Analyses Labor. du Dr Niessen.

	Quantité	Sucre par litre
18 août....................	1270	64 gr.
2 septembre	1300	36 gr

Elle séjourne ensuite à Genève, où l'on fait de nouveau une analyse au laboratoire Finck :

	Quantité	Sucre par litre
20 novembre 1905..........	1400	60.5

La malade passe l'hiver à Paris, et le taux du sucre restant sensiblement le même, elle essaye une saison à Vichy. A la fin de la saison une analyse faite dans le laboratoire Debrest donne :

	Quantité	Densité	Sucre par litre	Urée
Mai 1906.........	x	1024	32.50	7.90

La malade rentre à Paris très affaiblie, très déprimée et le médecin appelé près d'elle l'envoie à La Bourboule, où elle arrive le 15 juillet 1906.

J'instituai alors un traitement comprenant des bains, 20 minutes à 36°, avec douches légères et peu à peu des massages.

Eau en boisson 50, puis 75, puis 100 grammes deux fois par jour, 150 gr. dans la dernière semaine.

	Quantité	Densité	Sucre p. litre	Urée p. litre
16 juillet 1906...	1450	1041	94.60	21.17
25 juillet — ...	1150	1032	49.40	20.5
3 août — ...	1200	1021	27.20	19
11 août — ...	1250	1019	21.40	18.6

La malade était beaucoup plus forte, elle pouvait faire d'assez longues promenades dans le parc, ce qui lui eût été impossible trois semaines plus tôt.

Autre observation :

M. L., Paris, 52 ans (Dr T.).

Diabète découvert il y a trois années ; traitement par les grandes douches et les douches-massages. Eau en boisson 100, puis 150 gr.. deux fois par jour.

	Quantité	Densité	Sucre p. litre	Urée p. litr
17 juin 1909......	2200	1032	49.92	12.40
24 juin	2950	1027	38.75	11.50
2 juillet..........	2780	1020	24.96	9.80

Le malade se porte beaucoup mieux. Il pesait 70 kilog. 620 lors de son arrivée, et au moment du départ, malgré la fatigue causée par le traitement et le changement d'habitudes, pesait 72 kilog. 400.

C'est donc une augmentation de près de deux kilogs due à une meilleure utilisation des aliments, prouvée par le taux de l'urée.

Je pourrais donner encore une quinzaine d'autres observations personnelles, mais je crois avoir suffisamment fait la preuve de ce que j'avançais au commencement de cette notice, que je n'ai point l'intention de transformer en un volumineux rapport.

Il y a donc des diabétiques qui doivent être traités par l'arsenic et pour lesquels l'absorption des alcalins, loin d'être utile est mauvaise.

Quelle sera donc la ligne de conduite du praticien en présence d'un diabétique ?

1° L'analyse fractionnée des urines ;

2° Faire cette analyse sur les urines fraîches, car de notables quantités de sucre peuvent se transformer en alcool, en eau et acide carbonique par la fermentation de l'urine, même en 24 heures. C'est pourquoi il est utile de mettre au fond des bocaux une petite quantité de naphtol ;

3° L'essai de l'opothérapie hépatique ou pancréatique.

Ces différentes méthodes, jointes à *l'observation clinique de l'état habituel et du genre de vie du malade*, permettront presque toujours d'établir à coup sûr un diagnostic sur le rôle du foie dans un diabète sucré.

Il est certain que nous n'obtiendrons pas toujours la cure complète de l'affection ; aucun médicament n'est infaillible et la thérapeutique, loin d'être inflexible, doit s'approprier aux divers tempéraments ; mais au moins nous n'aurons pas *activé un processus d'hyperfonctionnement* ou *favorisé une inaction hépatique* chez nos malades par un traitement médicamenteux ou thermal, choisi sans discernement.

Il nous reste à considérer une question délicate ; celle du traitement.

Le traitement à la station thermale est le traitement de choix, car l'eau arsenicale y est bue en sa forme intégrale, et toutes les ressources de l'hydrothérapie et des adjuvants physiques qui y sont aisément pratiqués se joignent à la cure médicamenteuse.

Mais tous les malades ne peuvent se déplacer. A ceux pour lesquels le séjour à la station thermale est impossible, je conseillerai la cure à domicile avec l'eau de La Bourboule.

Ils auront ainsi une solution naturelle d'arséniate de soude, plus assimilable et plus parfaite que les meilleures préparations de laboratoire. L'eau minérale en effet est un tout vivant, dans lequel les sels sont, à l'état natif, absolument différents des productions *in vitro*.

Quelles quantités d'eau prescrire ? Là encore nous ne pouvons émettre de règle fixe. Je me suis toujours bien trouvé, dans ma pratique, des faibles doses : de cent à quatre cents grammes par vingt-quatre heures, par doses fractionnées.

Voici d'ailleurs la façon dont cette question est traitée dans la thèse du Dr Huguet (fils de M. le Dr Huguet, professeur de chimie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, et directeur du Laboratoire d'analyses de La Bourboule).

« Petites doses ; doses massives ? Ce sont là deux théories en présence ; mais de ces deux théories, l'une, celle des petites doses, a eu bien vite raison de l'autre et, à l'heure actuelle, presque tous les médecins de La Bourboule s'accordent pour n'user de l'eau chez leurs diabétiques, qu'avec une extrême prudence, non pas que l'on ait eu à déplorer, avec les fortes doses, d'accidents vraiment graves, mais cependant les poussées thermales existent à La Bourboule et l'action congestive des eaux doit être surveillée de très près. »

C'est donc par les analyses fréquentes, par l'examen répété du malade, par les sensations qu'il accusera, que le médecin devra régler l'intensité du traitement thermal, en prenant comme règle de conduite ce vieil adage : « Ne pas faire trop, de peur d'avoir l'air de ne pas faire assez ».

REVUE DES JOURNAUX

Le syndrome hypophysaire adiposo-génital,

Dans le syndrome hypophysaire adiposo-génital, il est trois éléments fondamentaux qui dominent tous les autres.

L'*adiposite* est généralisée, aussi bien superficielle que profonde. En surface, la graisse s'accumule d'abord dans les régions qui constituent de véritables sièges de prédilection. Au cou, on voit se développer une collerette en forme de croissant ; le menton est à deux ou trois étages.

Contrairement à ce que l'on observe chez les obèses gros mangeurs, la nuque n'est généralement pas épaissie. Au thorax, ce sont surtout les mamelles qui présentent la surcharge la plus abondante. Chez la femme adulte, elles forment des masses volumineuses et pendantes.

Capitonné de graisse, le revêtement cutané de la paroi abdominale se transforme en un véritable tablier qui pend au devant du pubis, des cuisses, au point de rejoindre parfois les genoux. La formation de replis cutanés entraîne souvent la production de lésions intertrigineuses ; au niveau du pubis la graisse accuse la saillie du Mont de Vénus.

A la racine des bras, la peau distendue se dispose en forme de manche pendante.

Les fesses sont parfois énormes, de même que les régions avoisinant les bords des os iliaques.

Les membres inférieurs sont considérablement élargis à leur racine ; la dépression correspondant au triangle de Scarpa disparaît. L'envahissement graisseux des cuisses modifie leurs formes anatomiques et les transforme en colonnes plus ou moins boudinées. On peut de même observer de véritables colliers graisseux au-dessus des malléoles.

Les graisse abonde également en profondeur. Elle s'emmagasine dans le médiastin, dans l'abdomen.

La *dystrophie génitale* varie tout naturellement avec l'âge. Chez les sujets encore jeunes, elle se traduit par un arrêt de développement, surtout apparent chez les garçons.

A la puberté, la verge, les testicules restent petits. De plus, les caractères sexuels secondaires ne s'accusent pas ou demeurent peu marqués. Le pubis, les aisselles, les joues restent glabres ou se couvrent seulement de quelques poils follets. Seules, les mamelles prennent un développement exagéré, plus en rapport avec la surcharge en graisse qu'avec la croissance de la glande.

Chez les jeunes filles, la menstruation est lente à s'établir et demeure irrégulière.

Les mêmes troubles se retrouvent chez les femmes adultes, la périodicité des règles subit des modifications qui précèdent leur disparition complète de façon tout à fait précoce.

La *lésion ou tumeur hypophysaire* qui constitue le dernier terme du syndrome est aujourd'hui relativement facile à reconnaître.

Les signes et symptômes de probabilité sont: la céphalée, les vertiges, les vomissements à type cérébral, la perte de la mémoire, la tristesse, la torpeur, l'apathie, les crampes, les contractures, le trismus.

Les signes et symptômes de quasi-certitude sont fournis par l'analyse des troubles oculaires et les recherches ophtalmoscopiques : Diminution de l'acuité visuelle, hémianopsie bitemporale, amaurose, cécité complète, telles sont les constatations les plus fréquentes.

Quant aux signes de certitude, révélateurs d'une tumeur de la glande pituitaire, ils sont fournis par l'*examen radiographique du crâne* (Launois et Cléret, *Gaz. des hôpitaux*, 18 janvier 1910, p. 83.)

Des vomissements incoercibles de la grossesse dans leurs rapports avec les lésions du système nerveux.

On fait généralement des vomissements incoercibles de la grossesse une sorte d'entité morbide dont la pathogénie est diversement interprétée.

Les auteurs montrent que ces vomissements sont souvent en rapport avec des lésions du système nerveux, quelquefois peu manifestes, mais dont l'existence une fois révélée dispense de toute autre théorie hypothétique.

Les maladies nerveuses constatées chez leurs malades répondent à deux types cliniques : 1° au tabès ; 2° aux névrites périphériques.

Dans un premier groupe d'observations, il ne paraît pas douteux que le *tabès* soit la cause initiale des vomissements incoercibles de la grossesse. Celle-ci a fait apparaître chez des tabétiques frustes des crises gastriques ; elle leur a imprimé une violence particulière, dessinant le tableau clinique des vomissements incoercibles.

Après l'accouchement ou l'avortement, le tabès continue son évolution, les crises gastriques conservant une place d'importance très variable dans l'ensemble des accidents tabétiques.

En tous cas, une chose est frappante, c'est que la grossesse aggrave le tabès, elle lui donne un véritable coup de fouet et précipite son évolution.

Dans toutes les observations, il s'agit de tabès frustes. La maladie était absolument latente et les vomissements sont le premier symptôme clinique perceptible.

D'où la difficulté du diagnostic et l'importance qu'il y a, en présence de vomissements incoercibles, à rechercher toujours systématiquement, les signes précoces d'une affection nerveuse quelconque (tabès). On sait d'ailleurs que les crises gastriques ne sont pas un mode de début exceptionnel du tabès, et il est reconnu que de multiples causes extérieures agissent sur la maladie et l'orientent en quelque sorte, en faisant apparaître tels ou tels accidents.

A côté des cas précédents dans lesquels les vomissements sont nettement sous la dépendance du tabès, il y a un second groupe d'observations, dans lesquelles les vomissements sont liés à des *néphrites périphériques* : mono ou polynévrites.

Presque toutes les malades atteintes de névrites gravidiques ont des vomissements incoercibles. Ceux-ci apparaissent toujours précocement, tandis que les névrites périphériques se manifestent plus tard, dans la moitié des cas, quelques jours avant ou après que l'on a provoqué l'avortement. Dans une observation, c'est seulement 13 jours après que se montre la paralysie.

Le pronostic des vomissements incoercibles lié à une névrite semble être particulièrement sombre. Dans toutes les observations, en effet, l'avortement dut être provoqué, la vie des malades étant sérieusement menacée. (Dufour et Cottenot, *Revue neurologique*, 15 février 1910, p. 129.)

Les pulvérisations intranasales d'adrénaline contre les accès d'asthme.

Matthews arrête les accès d'asthme par la pulvérisation intranasale d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰, quand l'accès est violent, à 0.25 ‰, quand le paroxysme est modéré.

On obtient le même résultat en donnant des suppositoires d'adrénaline ou mieux encore en injectant sous la peau trois à six gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰.

Formules contre les crevasses

Acide salicylique	0 gr. 40
Lanoline	10 gr.
Eau de chaux	āā 15 gr.
Huile d'amandes douces	

On enduit la peau avec cette sorte de crème pour la nuit et on met des gants par-dessus.

On peut modifier la préparation de la manière suivante :

Acide salicylique	0 gr. 20
Oxyde de zinc	2 gr.
Lanoline	6 gr.
Vaseline pure	12 gr.

Dr Francis.

CORRESPONDANCE

A propos des hernies étranglées

Nous avons reçu la lettre suivante :

« La lecture, dans le *Progrès médical* (1), des communications « si suggestives de MM. Basset et Miramond de la Roquette sur la « réduction spontanée de certaines hernies étranglées à la suite « de positions spéciales données aux malades me rappelle un souvenir de mon exercice professionnel que je vous demande la « permission de vous faire connaître.

« En rentrant un après-midi d'une tournée de visites, je trouvai chez moi un de mes confrères qui m'attendait anxieusement. Il m'exposa qu'il venait de voir dans son cabinet un « tout jeune enfant atteint d'étranglement herniaire auquel il « n'avait appliqué aucun traitement, et qu'il désirait que je l'examine avec lui avant de décider quoi que ce fût.

« Nous nous rendîmes immédiatement dans la famille du « petit malade que je trouvai en effet porteur d'une volumineuse tumeur scrotale dure, sonore, irréductible, constituée « par une hernie inguinale étranglée.

« Sans plus attendre, j'enlevai le traversin et l'oreiller qui soutenaient la tête du bébé et je les plaçai sous son siège afin de « le surélever. Puis, je fis fortement fléchir les cuisses de l'enfant sur son bassin et je me mis en mesure de pratiquer un « taxis modéré : à peine avais-je commencé à exercer quelques « pressions que la tumeur rentrait dans l'abdomen avec un gargouillement significatif.

« L'étranglement était réduit à la plus grande satisfaction de « la famille, de mon confrère et de moi-même.

« Je sais bien que, chez les jeunes enfants, les hernies s'engouent et s'étranglent très facilement et qu'elles se réduisent « également avec infiniment moins de difficultés que chez l'adulte.

« Je n'en ai pas moins pensé qu'il pouvait y avoir quelque « intérêt à ajouter aux deux observations que vous avez déjà « publiées, ce cas personnel dans lequel la position de Trendelenbourg réalisée extemporanément a été suivie d'un plein succès.

« Veuillez agréer, etc.

Dr G. Duchesne.

(1) Voir le dernier numéro.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 mars.

Angiocholite infectieuse aiguë guérie par drainage de l'hépatique. — MM. *Siredey* et *Lejars* rapportent cette observation : malade opérée *in extremis*, selles décolorées, ictère, 40°, pouls misérable, facies péritonéal. Intervention ; le soir même 37°, 120 pulsations. Guérison rapide et complète. Points spéciaux : infection coli bacillaire, anesthésie avec mélange de Billroth (éther, chloroforme, alcool), ablation du drain vers le 15e jour.

Ostéomyélite au cours de la rougeole. — M. *Richer* présente le petit malade auquel on fit d'abord une arthrotomie, puis une résection du tibia. Guérison avec bons résultats fonctionnels.

Résultats des ponctions lombaires faites au cours de l'épilepsie essentielle. — M. *Voisin* (Salpêtrière) rapporte le résultat des ponctions.

Pathogénie de la paralysie ascendante de Landry. — MM. *Troisier* et *Gougerot* rapportent un cas de paralysie ascendante en évolution subaiguë, d'origine tuberculeuse ; oculo-réaction positive, lésions pulmonaires typiques, aucune lésion de la moelle ni des nerfs. La substance nerveuse inoculée provoque une tuberculose expérimentale.

Double sténose du jéjunum avec syndrome de Konig, ulcère simple en amont de chaque sténose ; perforation au niveau d'un de ces ulcères. — MM. L. *Rénon*, E. *Géraudel* et L. *Marre* rapportent l'histoire clinique et anatomique d'une malade qui, après avoir présenté les signes de sténose intestinale incomplète décrits par Konig, mourut brusquement d'une péritonite par perforation.

A l'autopsie on constata que les anses intestinales étaient étroitement accolées les unes aux autres par des brides péritonéales et épiploïques. Il existait en outre, à 0 m. 80 du pylore environ, 2 sténoses circulaires voisines délimitant un segment interstrictural ectasié.

En amont de chaque sténose, on remarquait une ulcération arrondie et régulière, absolument comparable à l'ulcus gastrique ou duodénal. L'une d'elles était perforée.

L'examen histologique montra d'une part que les sténoses étaient dues à l'épaississement de la celluleuse sous-péritonéale, d'autre part qu'il existait au niveau de l'intestin et d'autres organes des lésions vasculaires très accentuées. Ces lésions ne semblent pas ressortir à la tuberculose, peut être relèvent-elles de la syphilis.

Quant aux ulcérations, ce sont sans doute de véritables ulcères par autodigestion développés en une région inhabituelle, mais où le suc gastrique peut encore exercer une action peptique. Cette action semble avoir été favorisée dans le cas actuel à la fois par la stase et par les lésions vasculaires.

Double hémianopsie avec persistance de la vision maculaire. — MM. *Poulard* et *Sainton* présentent un malade âgé de 75 ans qui est atteint d'une double hémianopsie ; comme le fait se produit habituellement, celle-ci s'est faite en deux temps ; la première attaque a permis au malade de continuer l'exercice de sa profession, tandis que la seconde l'a laissé comme aveugle. Son champ visuel est considérablement rétréci, imperceptible, presque introuvable. Si bien qu'il ne perçoit les objets que dans une très petite étendue. Il s'agit certainement chez cet homme d'une lésion des deux cuneus, tandis que les faisceaux maculaires sont intacts. Les auteurs attirent l'attention sur les troubles de la mémoire d'orientation que présente ce malade, et qui ne se rencontrent pas chez les sujets atteints de cécité d'autre origine. Le seul facteur que l'on puisse invoquer comme cause de ce ramollissement est l'artério-sclérose ; la réaction de Wassermann est négative. Il n'y a pas d'antécédent syphilitique.

Albuminurie digestive. — MM. *Linossier* et G. H. *Lemoine.* — Pour expliquer l'albuminurie d'origine digestive plusieurs théories ont été invoquées : l'une, physiologique, invoque l'absorption intestinale d'albumines alimentaires insuffisamment élaborées par les sucs digestifs, et leur élimination physiologique par le rein, comme substances étrangères à l'organisme. Une seconde, mécanique, fait intervenir les troubles réflexes de la circulation rénale au cours de la digestion. Une troisième, *toxique*, met en cause les toxines gastro-intestinales, toxines qui peuvent elles-mêmes avoir trois origines : l'alimentation, l'hydrolyse normale ou pathologique des aliments, les fermentations microbiennes.

Pour nous, les toxines qui lèsent le rein existent dans les aliments mêmes ; le suc gastrique a pour fonction de les détruire : s'il est insuffisant à sa tâche l'intoxication se produit.

On sait, depuis les expériences de Claude Bernard sur le blanc d'œuf, que certaines substances albuminoïdes provoquent à coup sûr de l albuminurie, quand on les injecte sous la peau ou dans le sang, et en provoquent quelquefois quand on les ingère en quantité excessive ; mais, pour Claude Bernard et pour la plupart des nombreux expérimentateurs qui l'ont suivi, le premier phénomène est l'élimination physiologique par le rein sain d'une albumine étrangère. S'il se produit des lésions rénales, elles sont consécutives à cette élimination.

Nous admettons, au contraire, que le rein sain est imperméable aux albumines étrangères, et ne cesse de l'être qu'après avoir été lésé par une néphro-toxine. Pour nous, la lésion est le fait primitif, l'albuminurie est consécutive.

Parmi les arguments que nous invoquons et dont la plupart sont tirés de nos récentes recherches sur le régime dans les maladies des reins (1), voici les plus frappants :

Le sérum chauffé à 55°, le lait bouilli, injectés sous la peau du cobaye ne provoquent pas d'albumine : ces substances ne sont pourtant pas moins étrangères à l'organisme qu'avant le chauffage, mais leurs néphro-toxines sont détruites.

L'albuminurie par injection sous-cutanée d'aliments albuminoïdes d'origine animale se produit d'autant mieux que le rein est déjà altéré. C'est au point que Castaigne a fait, de la production facile de cette albuminurie, un signe de débilité rénale. On conçoit mal une fonction physiologique qui s'exerce d'autant mieux que le rein est en mauvais état.

L'albumine éliminée n'est jamais l'albumine étrangère seule, mais est accompagnée d'albumine normale du sérum.

— Nous avons constaté des altérations histologiques du rein chez des animaux chez qui l'albuminurie ne s'était pas produite. Ces altérations semblent donc bien précéder l'albuminurie.

Enfin, nous avons montré que, par le fait de l'accoutumance, des cobayes peuvent être amenés à supporter sans albuminurie des doses élevées de suc de viande. On conçoit mal encore une fonction physiologique disparaissant par l'exercice.

Donc l'albuminurie dyspeptique est due à des lésions légères et transitoires du rein sous l'influence des néphrotoxines alimentaires insuffisamment détruites par la digestion. Il est des cas où interviennent à la fois une lésion rénale, l'orthostatisme et la digestion. Aucun des trois facteurs n'est assez accentué pour provoquer à lui seul l'albumine, parfois même, deux de ses associées sont insuffisantes sans l'intervention de la troisième. Dans ces cas, un examen incomplet fera considérer l'albuminurie soit comme digestive (parce qu'elle disparaît à jeun ; orthostatique (parce qu'elle ne se produit que dans la position debout) ; soit comme rénale (parce que l'étude attentive des fonctions du rein dénote son insuffisance).

En réalité, il s'agit d'une albuminurie de causes associées et nous croyons que parmi les albuminuries intermittentes ce sont les plus nombreuses.

Importance de la désinfection du rhino-pharynx dans la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale et d'autres maladies contagieuses. — M. H. *Vincent.* — On ne saurait trop insister sur le rôle prépondérant que jouent les porteurs de méningocoques dans la propagation de la méningite cérébro-spinale. Ils sont plus dangereux que le méningitique, car celui-ci est rapidement isolé en raison de la gravité de son état et on prend les mesures préventives à son égard, tandis que le porteur entre en

(1) Linossier et G. H. Lemoine. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1er mars 1910 et *Presse médicale*, 2 mars 1910.

contact avec un grand nombre de personnes saines qu'il contamine. La transmission par les objets souillés est très limitée parce que le microbe ne vit que quelques heures ou un jour en dehors de l'homme.

Le méningocoque peut au contraire persister très longtemps chez le porteur. J'ai observé un porteur qui conserva pendant *onze mois* le microbe dans son rhino-pharynx et eut ensuite une méningite très grave. Il dissémina le méningocoque autour de lui (huit à neuf porteurs).

La prophylaxie doit, en conséquence, viser, plutôt que l'isolement des porteurs, qui est presque toujours irréalisable et doit être très prolongé, la *désinfection simultanée* des fosses nasales, du rhino-pharynx et de la bouche, à l'aide de la méthode que j'ai fait connaître avec M. Bellot : inhalations iodogaïacolées, attouchements pharyngés avec la glycérine iodée au trentième et gargarismes antiseptiques à l'eau oxygénée diluée au dixième.

Par ce moyen, le méningocoque disparaît entièrement en trois ou quatre jours.

Cette méthode me paraît devoir être appliquée fructueusement pour la prophylaxie d'autres maladies : diphtérie, rougeole, scarlatine, poliomyélite aiguë, grippe, etc..., aussi bien chez les porteurs de germes que chez toute personne ayant été exposée à la contagion. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars 1009.

M. le président lit :

1° Une lettre de M. le Pr Hartmann dans laquelle celui-ci s'élève contre l'extension que l'on cherche à donner au procédé d'hémostase de Momburg. Inutile dans la désarticulation de la hanche où la bande d'Esmarch, bien placée et maintenue, suffit, elle lui paraît avoir des indications très restreintes.

2° Une lettre de M. le Pr Lannelongue qui déclare fonder une médaille d'or chirurgicale dotée d'un prix de 5.000 francs. Cette médaille, destinée au candidat qui aura fait faire le plus de progrès à la science chirurgicale, sera internationale et décernée par un comité également international.

Fibromes naso-pharyngiens. — M. ***Potherat.*** — Bien que cette affection soit devenue rare dans nos services, j'ai eu l'occasion d'en opérer une vingtaine. Ces fibromes s'insèrent haut, au voisinage de l'orifice postérieur des fosses nasales. Leur évolution est restée ce qu'elle était jadis. Mais à cause de nos procédés actuels d'exploration, nous les reconnaissons et enlevons plus tôt et ils n'atteignent plus les proportions qu'ils prenaient autrefois.

Dans toutes ces opérations j'ai employé la voie naturelle bucco-pharyngée. Une seule fois j'ai dû fendre le voile du palais. J'emploie toujours la position de Rose. Dans un cas j'ai eu une hémorragie très grave qui nécessita plusieurs heures de compression digitale et cette tumeur récidiva. Cette fois j'avais employé l'anse froide. La rugination combinée à l'arrachement est la méthode de choix.

Hémostase à la Momburg. — M. ***Auvray*** apporte à la Société un cas nouveau de M. Wiart qui dans un cas de sarcome récidivé de la cuisse a utilisé ce procédé d'hémostase pour faire la désarticulation de la hanche. Il a employé le garrot ordinaire et avec 3 tours a eu une hémostase parfaite. Le pouls a monté d'abord, puis s'est ralenti, et enfin s'est affolé au moment où on a enlevé le lien. La pression sanguine, qui a été mesurée par Josué, était à 17,5 avant l'opération. A la pose du garrot elle s'est abaissée à 13 puis s'est lentement relevée pour tomber à 11 après l'ablation du garrot. Les suites ont été absolument simples.

Au total, ce procédé qui comporte certains dangers reste une méthode d'exception Quelques points restent encore imprécis, en particulier la position à donner à l'opéré.

Trépanations du crâne à la période préhistorique. — M. ***Bazy*** au nom de M. Escourel (d'Arequipa) présente des photographies de crânes d'Incas sur lesquels on voit très nettement des orifices qui semblent avoir été pratiqués du vivant des sujets.

Embolies pulmonaires consécutives aux fractures de jambe. — M. ***Quénu.*** — Les embolies mortelles à la suite de fracture de jambe sont de longtemps connues. Je crois cependant que ces embolies sont probablement plus fréquentes qu'on ne le croit et il me paraît très vraisemblable qu'il faille leur attribuer la plupart de ces incidents pulmonaires en foyer, à allures plus ou moins bruyantes que l'on observe assez fréquemment chez les blessés en cours de traitement pour une fracture de jambe ou de cuisse. J'en ai encore observé tout récemment deux cas qui ont tous les deux guéri.

Quelle est la cause de ces embolies ? Il s'agit évidemment d'une thrombose de veines qui avoisinent le foyer de fracture. Mais comment et pourquoi se fait cette thrombose ? La déchirure veineuse est la règle dans les fractures obliques de jambe et cependant tous ces blessés ne font pas de thrombose.

D'après mes recherches il faut faire intervenir un état particulier du sang, une coagulabilité exagérée chez certains sujets. Mes deux blessés ont été examinés à cet égard et ont en effet un coefficient de coagulabilité très nettement supérieur à la normale.

Peut-être y aurait-il lieu d'étudier la coagulabilité du sang chez tous les blessés atteints de fracture, et lorsque celle-ci serait supérieure à la normale, il serait utile de leur administrer préventivement de l'acide citrique pour prévenir la formation de thromboses veineuses.

M. ***Guinard*** a observé 3 cas d'embolie pulmonaire mortelle chez des fracturés de jambe.

M. ***Lucas-Championnière*** en a également vu 3 cas.

M. ***Tuffier.*** — Les morts subites de ces malades sont-elles toujours dues à des embolies, voilà ce qui ne me paraît pas encore absolument démontré. Je serais plutôt tenté bien souvent de croire à quelque lésion bulbaire. L'embolie pulmonaire ne cause pas de mort réellement subite et c'est en outre un accident rare. Quoi qu'on fasse, il est presqu'impossible de le provoquer expérimentalement.

M. ***Guinard.*** — Dans un des cas que j'ai cités, l'autopsie fut faite et on trouva un long caillot dans une branche de l'artère pulmonaire.

M ***Mauclaire*** a observé un cas de mort subite au cours d'une fracture.

Présentation de malades. — M. ***Morestin*** présente :

1° Un malade atteint de mégacôlon et traité avec succès par l'exclusion unilatérale du gros intestin.

2° Un jeune homme opéré déjà plusieurs fois de kystes hydatiques de l'abdomen et qu'il se propose d'opérer bientôt à nouveau. Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 17 mars 1910.

La déchloruration au point de vue curatif et au point de vue préventif. Différence entre le mécanisme de la rétention chlorurée et de la rétention azotée. — M. ***Javal.*** — La cure de déchloruration est le traitement d'un syndrome, celui de la rétention chlorurée. Elle trouve son application dans tous les cas où ce syndrome est en jeu, c'est-à-dire principalement dans l'œdème brightique, mais également aussi dans les autres hydropisies. Elle comporte deux indications : enlever à l'organisme le sel et l'œdème qui l'encombrent, puis instituer un régime diététique dont la chloruration soit en rapport avec le degré de perméabilité rénale du patient pour le sel. Elle permet donc, suivant les cas, de poursuivre un double but curatif et préventif.

L'action de la cure de déchloruration pour combattre l'œdème brightique ne fait plus de doute maintenant. MM. Widal, Javal et Lemierre ont publié de nombreux travaux sur ce sujet. Le chlorure de sodium est, parmi les substances dissoutes, la seule dont le médecin ait à se préoccuper dans la pathogénie de l'œdème. On a incriminé pendant longtemps comme pouvant concourir à former l'œdème toutes les autres substances dissoutes et surtout les corps azotés ; cette conception est aujourd'hui abandonnée.

L'action préventive de la cure de déchloruration peut se démontrer dans les cas d'ascite à gros épanchements récidivant rapidement. Une ponction d'ascite de 12 litres par exemple enlève

en même temps que l'eau 6 × 12 = 72 grammes de chlorure de sodium. Pour reformer un pareil épanchement, il faut que l'alimentation fournisse à l'organisme 72 gr. de sel à retenir en dehors de ce qui est rejeté par l'urine. On conçoit donc que, par un régime strictement déchloruré, on puisse retarder de beaucoup la formation d'un épanchement ascitique.

Ces notions très précises sur le rôle tout spécialement hydropigène du chlorure de sodium ont permis de différencier la chlorurémie de l'azotémie. A certaines périodes du mal de Bright, ces deux rétentions peuvent se produire en même temps, mais elles se rencontrent très fréquemment l'une sans l'autre. MM. Widal et Javal ont rapporté de nombreux exemples d'azotémie sèche. Contre l'azotémie, la cure de déchloruration est sans effet.

Sur le sens différent des termes : rééducation motrice, gymnastique médicale, mécanothérapie, orthopédie. — M. ***Maurice Faure.*** — On confond trop souvent la *suggestion* et la *persuasion* avec la rééducation motrice On ne peut persuader ou suggérer à un sujet de faire un exercice qu'il ne sait pas ou qu'il ne sait plus faire, pas plus que l'on ne pourrait lui persuader ou lui suggérer de jouer du violon s'il ne l'a pas appris On confond aussi la rééducation avec la *gymnastique* qui a pour objet l'entrainement musculaire : on peut avoir une main très robuste et ne pas savoir écrire ; avec la *mécanothérapie* qui augmente l amplitude des mouvements, raffermit les mouvements musculaires, mais ne crée un mécanisme moteur que dans la machine et point dans le sujet, avec l'orthopédie enfin, qui reconstitue par des appareils les attitudes et les mouvements devenus impossibles par les seuls moyens de l'infirme.

La rééducation motrice est une deuxième éducation des mouvements, donnée aux malades, aux infirmes, aux arriérés qui ont perdu le bénéfice de l'éducation primitive des mouvements volontaires, ou n'ont pu l'acquérir par les moyens ordinaires.

C'est une éducation du système nerveux, un apprentissage, aboutissant à la création d'un mécanisme psycho-moteur par des moyens en tous points semblables à ceux de l'éducation motrice ordinaire.

M. ***Paul-Emile Lévy*** estime que le terme de suggestion a été employé avec des significations si nombreuses et si différentes qu'il serait utile de se rallier à la solution qu'il a depuis longtemps préconisée : de ne plus user aucunement de ce mot contesté. C'est le mot — et la méthode — *l'éducation* ou *rééducation* qui doit synthétiser le traitement des troubles nerveux de toute nature.

Dr E. Agasse-Lafont.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Extrait de la séance du 3 mars 1910

Nouvelle note sur un traitement local et général abortif de la syphilis. — ***M. Hallopeau.*** — La réaction de Wasserman peut persister pendant plusieurs mois après la cessation de tout traitement et de toute manifestation de la maladie, on ne peut donc pas la considérer comme indiquant la persistance des tréponèmes dans l'organisme. Le traitement mercuriel intensif ne constitue pas en toute certitude un traitement abortif puisque ses partisans continuent à traiter leurs malades pendant des mois et des années ; il est dangereux puisqu'on connaît 70 cas de mort provoqués par lui.

En instituant le traitement local, nous pouvons nous en tenir à un traitement abortif, mais non intensif et sans danger. Le traitement local est indiqué par ce fait qu'à la période primaire de la maladie, l'infection est limitée au chancre et aux parties qui l'avoisinent ainsi qu'aux ganglions satellites ; c'est là qu'il faut agir pour l'étouffer.

Or, on le fait avec une puissance beaucoup plus considérable si l'on introduit l'agent spécifique dans cette région que si on le fait pénétrer par l'intermédiaire de la circulation générale. En effet, dans le dernier cas, le médicament mêlé à la masse sanguine totale n'arrive au contact de la région chancreuse qu'en quantité infinitésimale tandis que, en injections locales, il agit presque en totalité sur les éléments infectieux.

Le médicament ainsi introduit dans le fourreau y séjourne un certain temps avant de se résorber. Nous employons l'*Hectine* de préférence au mercure pour cette raison que ce dernier n'est pas toléré dans cette région ; la douleur provoquée par l'*Hectine* est très supportable, elle n'est pas plus considérable que celle à laquelle donne lieu l'injection fessière de benzoate de mercure. nous prescrivons concurremment l'iodure de potassium que nous considérons comme agissant sur les tréponèmes pendant toute l'évolution de la maladie.

En somme, nous joignons le traitement général au traitement local en vue d'agir plus directement et plus puissamment sur l'élément infectieux et d'éviter au malade les graves dangers que lui fait courir le traitement mercuriel intensif.

Avec ce traitement mixte nous avons la certitude que l'on doit faire avorter la maladie.

IIe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE

Exposition du Congrès

Le Dr Albert-Weil, directeur de cette exposition, a pu lui donner, par sa haute compétence et son activité, une importance scientifique et industrielle considérable. On a pu s'en rendre compte depuis plusieurs jours en allant à l'Ecole de Médecine, où l'on s'aperçoit que les rues sont barrées. On ne passe plus. Ça ne s'était jamais vu, même pendant les inondations. La circulation publique est interrompue à cet endroit à cause du Congrès de Physiothérapie. Et qu'on dise donc que la Faculté n'a plus d'influence !

Quoi qu'il en soit, l'exposition est des plus intéressantes et se signale à l'attention de tous les médecins. Elle se divise en quatre classes principales :

La classe I comprend les stations thermales, les stations climatiques d'hiver ou d'été, les stations marines, les sanatoriums, les instituts de Physiothérapie, les eaux minérales. *Elle occupe la grande tente établie dans la rue de l'Ecole-de-Médecine.*

La classe II comprend l'instrumentation de la Physiothérapie (appareillage électrique, appareillage radiologique, appareillage photothérapique et radiumthérapique, appareils de massage, de gymnastique, de kinésithérapie, de mécanothérapie ; appareillage cryothérapique, thermothérapique (air chaud, vapeur), etc. ; matériel hydrothérapique). *Elle occupe le grand hall constitué par la cour d'honneur de la Faculté de Médecine.*

La classe III comprend les aliments de régime, les produits diététiques, les maisons de régime. *Elle occupe les abords de la salle des Pas-Perdus de la Faculté de Médecine.*

La classe IV comprend les livres et les brochures traitant de Physiothérapie, les journaux et les revues de Physiothérapie, les radiographies, les photographies d'appareils ou de malades, les tracés les tableaux de régime, etc. *Elle occupe diverses salles et divers couloirs de la Faculté.*

Enfin, dans la *Salle des Pas Perdus* se trouve une *partie rétrospective* de la thérapeutique physique.

Ajoutons qu'un magnifique catalogue bourré d'images rétrospectives qui proviennent de collections rares, fait le plus grand honneur à M. Albert-Weil. L'actif et aimable directeur de l'exposition du Congrès se verra dédommagé en partie de ses peines par l'affluence des médecins et techniciens de tous les pays, qui ne pourront se lasser de visiter cette très curieuse et si instructive exposition.

Rappelons que l'ouverture solennelle du Congrès international de physiothérapie a lieu mardi prochain à 10 heures du matin, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Fallières, président de la République.

Y.



TRAVAUX ORIGINAUX

—

Radiumthérapie

Le radium et la cicatrisation. Bourgeonnement et épidermisation des plaies ouvertes et des ulcères sous l'influence de petites quantités de radium ;

Par L. CHEVRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Si les petites doses de radium ont sur la *nutrition* et l'*hématopoièse* une *influence activante générale* sur laquelle j'ai attiré l'attention dans un article récent (1), et qu'ont aussi montrée les recherches de Dominici, Petit et Jaboin (2), elles déterminent également des *modifications locales* fort intéressantes, et ici encore l'*action excitatrice des petites doses* se vérifie

Voici dix-huit mois environ que j'étudie l'*influence des petites quantités de radium sur la cicatrisation.*

J'ai envisagé la question à des points de vue divers, et par des expériences animales et humaines, je suis arrivé à des conclusions que j'exposerai en détail.

Je ne veux pas, dans cet article, traiter le sujet dans son ensemble, mais borner mon exposé au *bourgeonnement des plaies ouvertes* et à l'*épidermisation des plaies atones et des ulcères.*

Les matériaux et leur mode d'emploi.

J'ai utilisé le radium sous diverses formes ; en parlant de chacun de mes matériaux, j'indiquerai comment je m'en suis servi.

J'ai utilisé les *ampoules de sels insolubles de radium* (sulfate) préparées par Jaboin, pour faire des *injections* dans les tissus. Il convient de *disséminer le liquide* de l'injection en des points différents pour que l'action ne soit pas centralisée, mais se fasse sur une plus grande surface. Le volume de l'injection varie avec le titre de la suspension. La dose a été de 20 à 60 microgrammes dans mes expériences.

Pour pratiquer l'injection, il est préférable, après désinfection des téguments à la teinture d'iode, de *piquer en peau saine*, pour ne pas porter l'infection dans la profondeur, toute plaie ouverte étant par définition infectée et son asepsie momentanée étant plus difficile à réaliser que celle des téguments sains.

La technique de l'injection doit être différente suivant le but qu'on se propose d'atteindre. Si l'on veut provoquer l'*épidermisation* d'une plaie atone ou d'un ulcère, le liquide doit être poussé en plus grande abondance *à la périphérie* de la plaie, un peu en dedans du rebord cutané qui la limite. Si on recherche le *bourgeonnement d'une plaie creuse*, c'est plutôt au *niveau du fond* et à distance des bords que devra être conduite la solution radifère. Dans l'un et l'autre cas, il faut mettre du liquide dans les deux régions périphérique et centrale, mais en proportion variable suivant le résultat poursuivi.

Sur ma demande, M. Jaboin a préparé des *pommades* et des *poudres radifères*, les unes indifférentes, les autres modificatrices ou antiseptiques.

La *pommade indifférente* est formée d'un excipient de vaseline-lanoline, contenant 1 à 10 microgrammes de sulfate de radium par gramme. La *pommade antiseptique* est à base d'érythrol et contient du radium dans les mêmes proportions. D'ordinaire, pour faire un pansement à une pommade quelconque, on étend celle-ci sur une compresse, qu'on applique sur la région à modifier. Mais, pour être certain de couvrir toute celle-ci, on doit préparer une compresse un peu *plus grande* qu'elle : d'où perte d'une certaine quantité de pommade. Par raison d'économie, j'ai dû agir autrement avec les onguents radifères. J'ai pris le parti d'appliquer la pommade *directement sur la plaie* avec une spatule aseptique. Il faut convenir cependant qu'on n'arrive point à l'étendre ainsi d'une façon régulière. C'est cette difficulté qui m'a fait penser à me servir de poudres.

La *poudre inerte* que j'ai employée était du charbon radifère à 1 ou 5 microgrammes par gramme. Comme *poudre antiseptique*, j'ai utilisé l'érythrol et le perborate de sodium. Je me suis aussi servi de *poudres modificatrices*, non antiseptiques, bicarbonate de soude et sucre. De chaque sorte j'ai expérimenté comparativement trois échantillons, l'un sans radium, l'autre à 1 microgramme, le troisième à 5 microgrammes de sulfate de radium par gramme.

L'*application des poudres* sur la plaie est faite de la façon suivante. Le flacon contenant la poudre étant débouché, j'applique sur le goulot une épaisseur de gaze aseptique que je fixe avec les doigts ou par un lien quelconque autour du col de la bouteille : il me suffit alors de donner sur le fond du flacon renversé de petits coups secs pour voir tomber la poudre à travers le tamis de gaze. Puis je couvre la plaie saupoudrée de compresses aseptiques.

Les pansements à la poudre ont un *inconvénient* : les compresses aseptiques sèches adhèrent aux tissus, et quand on les soulève, on arrache une partie des cellules qui s'organisaient, et on gêne la cicatrisation. J'ai essayé de remédier à cet ennui de deux façons : *a*) en faisant des *pansements rares* ; *b*) en *évitant l'adhérence* des tissus au pansement : dans ce but, ou bien je recouvre la plaie saupoudrée de poudre radifère de compresses largement tartinées d'une *pommade indifférente* non radifère ; ou bien je protège la plaie saupoudrée par des *bandelettes imbriquées de silk protective*, stérilisé à l'ébullition et séché entre des compresses aseptiques, pansement isolateur analogue à celui qu'on emploie après les greffes dermo-épidermiques de Thiersch.

Modifications biologiques observées.

A la suite de ces pansements aux pommades ou aux poudres radifères, on constate des modifications curieuses du côté de la plaie.

Celle ci se met à *sécréter plus abondamment* et les compresses sont traversées par un liquide que je n'ai pu ni recueillir ni analyser, et qui a peut-être des analogies avec la « lymphorrée » signalée après la fulguration. Tout ce que je puis en dire, c'est que *ce liquide n'est pas du pus* : les plaies dont on a retiré le pansement sont roses, bien détergées et ne présentent aucun signe d'infection. De plus, ce liquide prend sur les compresses (je ne dis pas qu'il soit ainsi quand il est exsudé par la plaie) une *teinte brunâtre, parfois presque noire.* Comme dans mes expériences, j'ai employé parfois des poudres noires (charbon), au début je n'ai pas été surpris de la couleur de cette exsudation et je crus que la coloration était en rapport avec la poudre

(1) CHEVRIER. — De quelques effets généraux de petites quantités de sels insolubles de radium introduits dans l'organisme (urine, sang). *Tribune médicale*, n° 12, 19 mars 1910, page 181 (avec 4 courbes).

(2) DOMINICI, PETIT et JABOIN. — Radio-activité permanente de l'organisme consécutive à l'injection de sulfate de radium. Note présentée par M. Bouchard à l'Académie des sciences, séance du 7 mars 1910.
DOMINICI. — Des sels de radium insolubles en thérapeutique. *Presse médicale*, n° 22, 16 mars, page 186.

✦

employée. Mais bientôt j'ai remarqué la même exsudation brunâtre ou noirâtre après l'emploi des poudres et pommades à l'érythrol, qui sont rouges, aussi bien qu'après l'emploi des poudres au perborate ou au sucre qui sont blanches. L'aspect de cette sécrétion irritative est donc complètement *indépendante de la couleur de la substance radifère* mise sur la plaie. Tout ce que je puis dire de plus, c'est que la couleur brun noirâtre n'est pas due à l'oxydation des poudres ou pommades diverses, car celles-ci se conservent indéfiniment dans leurs flacons au contact de l'air, sans changer de couleur : est-elle due à une exsudation spéciale des plaies sous l'influence des substances radifères, ou à la combinaison aux poudres ou pommades radifères d'une exsudation banale mais plus abondante, ce sont des points que je ne puis trancher, et qui n'ont d'ailleurs aucune importance.

En même temps que la plaie suinte d'une façon spéciale, au pourtour de la plaie, la peau saine se couvre de *lamelles épidermiques agglomérées en larges squames* et que la pince peut détacher aisément : parfois on peut enlever une bande cornée circulaire, qui fait comme un cadre à l'ulcère : il semble donc qu'il y ait, au pourtour des pertes de substance, hyperkératinisation et desquamation massive.

Tels ont été les phénomènes réactionnels observés.

Résultat thérapeutique.

Ces modifications biologiques de la plaie et de son voisinage, premières preuves de l'excitation cellulaire déterminée par les petites quantités de radium, laissent prévoir l'amélioration dont celle-ci est le siège.

Les *plaies creuses bourgeonnent* d'une façon extraordinairement prompte : j'ai vu une cavité à loger le poing effacée et transformée en une surface plane dans l'espace de moins de trois semaines : entre chaque pansement, les tissus roses, bien vivants et peu saignants, montaient à vue d'œil, comblant le creux, avec une rapidité inespérée.

Les *plaies atones* ou à bourgeons blafards et gris, modifiées dès le premier pansement, deviennent roses et se couvrent de bourgeons de bon aspect.

Ce bourgeonnement et cette réanimation des plaies et des ulcères ont cependant besoin d'être surveillés : j'y reviendrai dans un instant.

L'*épidermisation des plaies et des ulcères* est grandement favorisée par les petites doses de radium. Elle se fait ordinairement, comme toujours, de proche en proche, avec cette différence que le liséré épidermique mince gagne plus vite que normalement vers le centre.

J'ai remarqué quelquefois, ce que je n'ai jamais vu avec les pansements kératinisants classiques, que l'épidermisation se faisait spontanément et isolément, *en îlot* au milieu des bourgeons charnus, ces îlots épidermiques semblent autant de greffes spontanées. Comment se forment-ils ? Au cours du pansement, un micro-traumatisme transporte-t-il accidentellement au milieu des bourgeons quelques cellules épidermiques réactivées par le radium et qui peuvent faire souche, alors que normalement, sous un pansement ordinaire, elles mourraient ? Y a-t-il kératinisation directe de la partie superficielle des bourgeons charnus et formation sur place de cellules épithéliales de revêtement aux dépens de cellules conjonctives (1) ? Je ne sais. Il m'a semblé cependant que ces îlots épidermiques, complètement isolés du liséré périphérique, se rencontraient plutôt dans le voisinage de ce liséré qu'en plein centre de l'ulcère ou de la plaie.

(1) Je sais que je dis là une hérésie, mais je tiens à me dégager de toute idée préconçue ; avec le radium on voit des choses si étonnantes que le vrai peut paraître n'être pas vraisemblable.

Cette épidermisation réactionnelle, je ne puis lui attribuer une vitesse fixe : comme dans toute épidermisation, le facteur personnel, le terrain, a une importance capitale ; certains malades, et sur les mêmes malades, certaines plaies cicatrisent plus ou moins vite. Sans donner de chiffre fixe, je puis affirmer que le processus est plus rapide après pansement radiant.

Sur certains malades porteurs de deux plaies ou d'une très grande plaie, j'ai pansé ici avec une poudre ou une pommade radifère indifférente (charbon), modificatrice (sucre), antiseptique (érythrol, perborate), là avec une poudre ou une pommade de même composition, mais non radifère. Le bourgeonnement et l'*épidermisation* ont toujours été *plus rapides dans la zone où avait été déposé du radium*, quelles qu'aient été les substances employées.

De plus, j'ai vu les substances radifères donner un résultat là où les pansements habituels les plus variés n'avaient déterminé *aucune modification* appréciable.

Le radium à petites doses a donc une *action activante* certaine et indiscutable sur le *bourgeonnement des plaies ouvertes*, la *réanimation des plaies atones*, l'*épidermisation des ulcères et ulcérations.*

Choix de l'agent modificateur.

Il importe d'ailleurs, comme dans tout traitement, de régler et de guider le processus thérapeutique : un bourgeonnement trop actif (aspect surélevé et granuleux de l'ulcération plane, hémorragie facile par fragilité vasculaire) gêne et arrête les progrès de l'épidermisation ; il faut donc au besoin réfréner le bourgeonnement par la teinture d'iode ou un peu de nitrate d'argent, et surtout varier et choisir l'agent modificateur radifère.

Les injections radifères et les matériaux à l'érythrol excitent surtout le *bourgeonnement*.

Les produits radifères au perborate et au sucre sont plutôt *épidermisants* (le sucre est plus excitant que le perborate, qui, lui, est antiseptique par l'oxygène qu'il dégage) (1).

Il y a souvent avantage à *combiner leur action*.

Donc dans une *plaie profonde* ou un *ulcère atone* et creux, employer les injections radifères de sels insolubles, et panser à la poudre ou à la pommade à l'érythrol radifère; quand le bourgeonnement et la vitalité semblent suffisamment excités, panser au perborate et au sucre radifères mélangés.

Dans un *ulcère ordinaire, déjà bourgeonnant*, et dont on cherche l'épidermisation, panser au perborate et au sucre radifères, et pour maintenir l'activité de bourgeonnement des tissus, ajouter un nuage de poudre d'érythrol.

Quelques exemples brefs.

Plaie profonde. — Madame X., opérée en décembre 1908 pour un épithéliome de la fesse greffé sur un angiome. Injection dans les tissus de 60 microgrammes de sulfate de radium en suspension, fermeture de la plaie. A la suite d'une selle prématurée, la plaie s'infecte, on doit désunir ; de là résulte une énorme cavité dans laquelle on pourrait loger le poing. Pansement à la pommade d'érythrol radifère ; le bourgeonnement est extraordinairement rapide ; en trois semaines, la plaie était plane.

Plaie atone bourgeonnante. — G. 34 ans. Petite plaie traumatique de la région du genou droit, recouverte de

(1) Je ne parle pas du bicarbonate radifère, que j'ai abandonné après essai, parce qu'il m'a donné de mauvais résultats ; un bourgeonnement actif, mais gris et comme recouvert d'un enduit diphtéroïde.

bourgeons volumineux, mais blafards, gris, atones ; un peu en dedans, petit abcès lymphangitique qu'on ouvre le 28 septembre 1909. Au bout de quelques jours, cette incision, assez largement béante, est remplie de bourgeons blafards analogues à ceux de la plaie voisine, plus petite. Pansements humides, puis teinture d'iode, aristol, acide picrique : rien n'y fait, les plaies ne cicatrisent pas et restent blafardes. Vers le 8 novembre, sous la plaie chirurgicale, la plus grande, je fais une injection de 20 microgrammes de sulfate de radium, je panse les deux plaies atones à la poudre d'érythrol et de perborate radifères. La plaie la plus grande (injectée) est guérie au bout de 15 jours. La plaie première, plus petite, qui résistait depuis plus de deux mois se modifie un peu moins vite et guérit en 26 jours (elle n'avait pas été injectée). Le malade sort le 3 décembre 1909.

Plaie atone non bourgeonnante.— B., 36 ans, entre le 30 juillet 1908 pour une section complète du tendon d'Achille. Suture du tendon par le service de garde sous analgésie rachidienne à la stovaïne. Secondairement, le malade fait une désunion de sa plaie et un sphacèle superficiel de son tendon. Pansements humides. Après la chute de l'eschare, la plaie reste atone et refuse de cicatriser : pansements à l'aristol puis au sucre simple, puis au néol sans résultat.

Le malade étant spécifique, on essaye à partir du 12 octobre des injections de biiodure ; résultat négatif. On revient au néol puis à l'acide picrique ; on tente la stase hyperémique de Bier ; rien n'y fait. Le 13 novembre, l'ulcère a une forme triangulaire à base inférieure longue de 2 centimètres ; sa hauteur est de 3 centimètres environ. Le 16 novembre, après 3 mois de pansements divers, sans cicatrisation appréciable, on lui met de la poudre radifère à l'érythrol ; le 20 décembre, au bout d'un mois, le malade sort guéri.

Ulcère de jambe.— U. Joséphine, 48 ans, a déjà été soignée d'août à octobre 1908 pour un large ulcère de jambe. Le 25 janvier 1909, elle revient avec d'énormes ulcères des deux jambes, deux sur la jambe gauche (face interne et externe), grands chacun à peu près comme la main, un seul sur la jambe droite. Après dix jours de désinfection par des pansements humides, application de poudre de perborate radifère : les ulcères cicatrisent avec une rapidité extraordinaire ; en 5 semaines, les énormes pertes de substance étaient épidermisées. Il n'y a pas eu, depuis, de nouveaux ulcères sur les régions traitées.

Solidité et esthétique des cicatrices.

Sur ce chapitre, j'apporte des espoirs plutôt que des conclusions fermes.

J'espère que les cicatrices radioactivées donneront des cicatrices plus *résistantes*, plus vivaces : le *trophisme* des tissus pourra sans doute être *amélioré localement* : le cas précédent vient à l'appui de cette opinion, que j'émets par prudence sous une forme dubitative.

J'ai tenté aussi d'améliorer l'*esthétique* des cicatrices et je propose d'en faire le *tatouage* : l'épidermisation sous les pansements au radium est si active que des corps étrangers peuvent être englobés, enlisés sous le débordement des cellules épithéliales : voici comment je m'en suis aperçu.

A la suite de l'emploi de poudre de charbon radifère, j'ai vu des parcelles de charbon, recouvertes par l'épidermisation, incorporées aux tissus, et *piquer tout en noir* et d'une façon malheureuse la cicatrice. Ce résultat peu esthétique m'a été profitable pour les autres malades. Il m'a engagé à mélanger aux poudres radifères des particules inertes, mais aseptiques, blanches, jaunes et rouges, mélangées de façon à obtenir une teinte rosée assez proche de la couleur de la peau normale. M. Jaboin m'a ainsi préparé des *poudres rose-chair*, destinées à *tatouer les cicatrices*, à leur enlever la teinte blanchâtre ou rougeâtre qu'elles possèdent suivant les sujets. Je ne puis encore rien dire de précis sur les résultats obtenus par ces essais de tatouage esthétique : ils ne sont rendus possibles que grâce à l'activité épidermisante décuplée (1) des tissus sous l'influence des petites doses de radium.

Mécanothérapie

A quoi sert la mécanothérapie ?

Par le Dr VENNIN,

Médecin-major répétiteur, chargé du service de mécanothérapie à l'Hôpital militaire d'instruction à Lyon.

Avez-vous déjà visité, ami lecteur, une installation de mécanothérapie ? Est-ce oui ? J'évoquerai alors vos souvenirs ; si c'est non, je vous inviterai à y faire avec moi une brève excursion au cours de laquelle j'espère vous démontrer que cette innovation, qui vous paraît superflue peut-être, constitue au contraire un progrès considérable dans la thérapeutique des organes du mouvement

La salle où nous pénétrons vous offrira au premier abord un aspect étrange avec son mobilier qui paraît imité des chevalets de torture du moyen-âge : des manivelles reliées à de lourds volants, des moteurs électriques minuscules mais puissants, des courroies et des engrenages de transmission, des gouttières, pour emprisonner les bras et les jambes, des attelles pour les mains, des sandales pour les pieds. Sommes nous en présence d'ostéoclastes perfectionnés pour fracturer les os et déchirer les tissus fibreux ? En aucune façon, plus fait douceur que violence, nos appareils vont le montrer une fois de plus.

Mais alors, *pourquoi vous encombrer d'un appareil arsenal* ? Si vous proscrivez les manœuvres de force, mobilisez vos malades à la main qui constitue un instrument merveilleux, parce qu'intelligent et conscient de son effort qu'à chaque instant il proportionne à la résistance ! Non, la main n'est pas un instrument idéal, surtout si de la mobilisation exploratrice nous passons à la mobilisation thérapeutique, car la fatigue a bientôt fait de lui enlever cette délicatesse de sensation qui fait sa supériorité. Tantôt lent, tantôt rapide, tantôt trop étendu, tantôt top restreint comme amplitude, tantôt trop énergique, il est douloureux pour le malade et mal toléré par lui, ou bien trop mou et alors insuffisant et inefficace.

Tout autre est la mobilisation instrumentale qui représente le *mouvement rationnellement dosé*. Voyez ce malade, le bras et l'avant-bras emprisonnés dans une gouttière articulée comme le brassard d'une armure de chevalier ; tout mouvement parasite inutile et même nuisible, toute suppléance voulue ou non de la part du malade est impossible ; une pesée sur le levier du commutateur : le commutateur ronfle et l'avant-bras va et vient d'un mouvement uniforme, sans un arrêt, sans un à-coup, car la machine est un serviteur infatigable. Mais comme ce serviteur est en même temps aveugle il faut, avant de lui abandonner un patient, avoir soin de lui prescrire très exactement sa tâche ; c'est d'ailleurs très simple : un levier à pousser sur un cadran gradué, un bouton à tourner et le mouvement est exactement réglé comme champ et comme amplitude ; il restera tel jusqu'au moment où vous jugerez à propos de le modifier.

(1) Quand l'épidermisation est lente, les poudres inertes aseptiques ne sont pas incorporées sous l'épiderme ; elles sont éliminées.

Ce moment ne tardera pas d'ailleurs, surtout s'il s'agit d'une impotence fonctionnelle récente dont les lésions sont plus dynamiques qu'anatomiques . Comme au cours d'une séance de massage, les muscles d'abord contractés se relâchent, la douleur provoquée par les premières tentatives de mobilisation diminue. Alors, sans arrêter le moteur, sans interrompre le mouvement, à l'insu même du malade, poussons progressivement le levier, degré par degré l'amplitude augmente. Le malade fait la grimace : arrêtons-nous un moment, dans 5 minutes, nous pourrons pousser plus loin.

En une demi-heure notre malade aura fait très exactement 300 *mouvements* de flexion et d'extension du coude ; mouvement exécutés sur un *rythme uniforme*, dans un *champ absolument déterminé*, avec une *amplitude progressivement croissante.* Nous sommes loin, n'est-ce pas, des 20 ou 30 mouvements péniblement imprimés à la main d'une façon empirique et sans aucune règle précise.

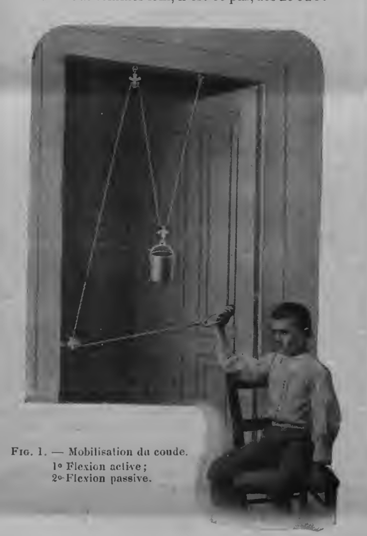


Fig. 1. — Mobilisation du coude.
1° Flexion active ;
2° Flexion passive.

Mais, ne nous arrêtons pas là, car nous n'avons vu qu'un côté de l'installation. Les membres ne sont pas uniquement constitués par des leviers osseux et des articulations. En dehors de la partie mécanique que nous venons de dérouiller par l'exercice passif, il y a la partie active : le moteur, constitué par les muscles, sur lequel nous n'avons exercé qu'une action tout à fait indirecte. Est-ce à dire que la mécanothérapie passive était un luxe ? Point. Considérez une machine oxydée dans toutes ses parties : vous risquerez-vous à la mettre en marche sans aucune préparation ? Non, vous en ferez tout d'abord la toilette et c'est seulement lorsque les surfaces de frottement seront nettes et huilées que vous la ferez fonctionner. Ainsi devez-vous agir vis-à-vis d'un membre enraidi. Polissez les surfaces articulaires, rendez aux ligaments leur souplesse, dégagez les muscles de la gangue qui les soude à leurs gaines, faites affluer le sang et l'influx nerveux et votre membre sera mûr pour la mobilisation active.

Mais ne pouvons-nous à ce moment abandonner notre malade à lui-même en lui conseillant tout simplement l'exercice ? Non, car vous n'en obtiendrez à ce moment que de piètres résultats, car il en fera trop ou trop peu, ou bien il le fera mal. *Il exécutera,* en place du mouvement encore douloureux, *un mouvement analogue dans son résultat mais non dans son mécanisme.* Guérira-t-il ainsi son infirmité ? Non, il la masquera simplement.



Fig. 2. — Mouvements simultanés *symétriques* des bras.
1° Ecartement passif ; 2° Rapprochement actif.

Pour éviter cette éventualité, nous allons à nouveau emboiter dans nos gouttières tutrices l'article lésé; un mouvement et un seul sera ainsi possible et c'est celui que nous avons choisi. Seulement, cette fois, le moteur, c'est le muscle atrophié auquel nous donnerons à exécuter un *travail régulier et progressif.* La régularité, nous pourrons l'obtenir très simplement par l'action d'un pendule qui sera mis en mouvement par le va-et-vient du membre ; sa longueur, variable à volonté, déterminera le rythme du mouvement, tandis que sa masse règlera le minime effort exigé du malade pour mettre en marche l'appareil et entretenir son mouvement. Le moment est-il venu d'exiger des muscles un travail plus considérable ? Nous intercalerons sous forme d'un contrepoids une résistance qui pourra être augmentée suivant les besoins.

Nous voici donc en face d'un deuxième *type* d'appareil destiné à la *mobilisation active, dosant le travail en même temps que le mouvement.*

En voici maintenant un troisième absolument différent. Il est destiné celui-là à la gymnastique orthopédique (Fig. 1, 2, 3, 4), complément naturel de la mécanothérapie rationnelle.

La machine n'a fait, en effet, exécuter jusqu'ici au malade qui lui a été confié que des mouvements isolés, faisant entrer successivement en action chaque articulation, chaque groupe musculaire, ne laissant à l'initiative du malade aucune part. Les deux caractéristiques de la gymnastique orthopédique seront au contraire : 1° *la liberté* laissée au malade dans l'exécution des divers mouvements qui lui ont été prescrits ;

2° *La complexité des mouvements* qui mettent en action simultanée de nombreux groupes musculaires qui coordonneront nos efforts.



Fig. 3. — Mouvements simultanés *alternatifs* des bras.
1° Flexion active ; 2° Extension passive.
L'action du bras actif remplace celle du contrepoids.

Cette coordination pourra, en fin de traitement, produire sur les malades *deux effets* également à rechercher : 1° par le fonctionnement simultané des divers muscles, elle prépare parfaitement le malade à reprendre son existence habituelle ; 2° dans le cas d'infirmité incurable *elle suscite la création de suppléances fonctionnelles* qui réduiront au minimum l'impotence du malade.

Le matériel nécessaire pour cette gymnastique comporte un certain nombre d'agrès, mais essentiellement des poulies et des poignées, des contrepoids avec des cordes (fig. 1, 2, 4) ou bien encore des câbles en caoutchouc.

Ces derniers, quelle que soit d'ailleurs la vogue dont ils jouissent au point de vue sportif, sont, à notre point de vue, beaucoup inférieurs aux câbles inextensibles et aux contrepoids en raison de l'*irrégularité de leur action*, qui varie d'un moment à l'autre ; trop faible au début, elle est beaucoup trop forte à la fin du mouvement dont elle limite l'étendue. *Avec le contrepoids*, au contraire, *la résistance est uniforme, mesurable et réglable* à volonté, aussi lui donnons-nous dans tous les cas la préférence. La corde et le contrepoids se présentent d'ailleurs, dans des conditions de simplicité parfaite, à des combinaisons extrêmement variées. J'en ai fait la démonstration pratique devant la Société de chirurgie de Lyon (1) et les figures ci-jointes nous en donnent un faible aperçu.

Modifiez le dispositif du contrepoids, l'intensité du travail augmente ou diminue. Changez le point d'attache des poulies, la position du malade, et vous pouvez faire varier à l'infini la nature du mouvement obtenu. La mobilisation mécanique a fait l'analyse des mouvements composés, la gymnastique *orthopédique* en réalise la synthèse.



Fig. 4. — Mobilisation de la colonne vertébrale.
1° Extension active.
2° Flexion passive.

Arrêtons-nous ici, si vous le voulez bien, et résumons le chemin parcouru :

Nous avons en premier lieu rétabli l'intégrité des leviers et de leurs articulations en leur dosant le mouvement en nature et en quantité.

2° Nous avons dans une deuxième étape remis muscle par muscle et segment par segment le moteur humain en état de fonctionnement en lui faisant exécuter un travail bien défini et progressivement réglé.

3° Nous avons rétabli l'harmonie entre les différentes parties et obtenu un nouvel équilibre par la création de suppléances, en prescrivant au convalescent un travail d'ensemble méthodique et progressif.

A tous les degrés *notre action s'est manifestée rationnelle,*

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, séance du 5 mars 1910.

scrupuleusement dosée, toujours adéquate aux besoins du malade :

Que dirai-je des résultats ? Vous les devinez ; un traitement si conforme à la logique des faits ne peut en donner que d'excellents. Mieux que tout autre traitement la mécanothérapie viendra à bout des raideurs articulaires *curables* et guérira le malade *cito, tuto et jucunde.*

Thermothérapie

Effets du surchauffage lumineux de l'abdomen après les interventions chirurgicales (1);

Par M. MIRAMOND de LAROQUETTE, médecin-major à Nancy.

A la suite des interventions abdominales, particulièrement lorsque l'opération a été complexe et laborieuse, on sait qu'il se produit parfois des complications redoutables dites post-opératoires, soit immédiates, soit retardées.

Les accidents immédiats sont des phénomènes de choc traumatique, d'inhibition générale. L'opéré se réveille mal et reste dans un état d'inertie avec hypothermie, pâleur de la face, pouls filiforme. Les injections d'éther, d'huile camphrée, de sérum artificiel et les moyens usuels de réchauffement, bouillottes, couvertures, etc..., n'ont parfois que difficilement raison de cet état grave de shock qui inquiète fort l'entourage du malade.

Les accidents retardés commencent le soir ou le lendemain de l'opération et vont en progressant ; ils sont à la fois généraux et localisés à l'abdomen : vomissements porracés, puis noirâtres, urines rares, absence de gaz et de selles, ballonnement du ventre, douleurs de reins, état général de plus en plus mauvais, facies abdominal, pouls filant à 120, 130, 140, et très souvent hypothermie. Ces phénomènes, dans lesquels prédominent la faiblesse du cœur et la parésie de l'intestin, sont attribués soit à une septicémie péritonéale commençante ou atténuée [Terrier, Tuffier (2), Auché et Chavannaz (3)], soit à un réflexe inhibiteur résultant du choc opératoire (Legueu, Delbet, Quénu, Reverdin) (4) ; récemment enfin on a incriminé à leur sujet l'intoxication chloroformique. Quoi qu'il en soit de leur exacte pathogénie, ces accidents post-opératoires retardés sont toujours graves et menacent souvent la vie du malade. On les traite habituellement par les injections sous-cutanées ou intra-rectales de sérum chaud par la position ventrale ou génu-pectorale et par les procédés artificiels d'évacuation du tube digestif : purgatifs, lavements, lavages de l'estomac, et, en dernier ressort, ouverture d'un anus iliaque.

Ces divers moyens réussissent généralement ; mais les derniers sont d'une exécution difficile et pénible sur des malades opérés de la veille, et quelquefois aussi ils sont insuffisants.

Or, on ne sait pas assez que nous avons dans les procédés modernes de thermothérapie intensive, et particulièrement dans le bain d'air chaud et le bain de lumière localement appliqués sur l'abdomen, un moyen simple et puissant d'arrêter et même de prévenir ces accidents immédiats ou retardés de shock opératoire et de septicémie péritonéale atténuée.

(1) Communication faite au Congrès de Physiothérapie, 29 mars, 3 avril.
(2) Congrès de chirurgie, 1909.
(3) *Revue de gynécologie*, 1899, p. 405.
(4) Discus. Société de chirurgie, 1905, 22 nov.

C'est, je crois, le P[r] Bier qui, le premier, a employé le surchauffage du ventre par l'air chaud après diverses interventions. D'autres chirurgiens allemands ont suivi son exemple et le médecin-major Gélinski, de Posen, a notamment rapporté en 1908 (1) qu'il appliquait avec grand avantage le bain local d'air chaud après toutes ses laparotomies.

En France, l'aérothermothérapie abdominale, dont Guyot fut dès 1840 le promoteur ardent, a été aussi récemment essayée par quelques chirurgiens, notamment par Jayle, qui avec Dausset a publié en décembre dernier (2) un cas de septicémie post-opératoire guérie par ce moyen.

Quant à moi, dès 1908 (3), me basant sur des expériences de laboratoire et diverses observations cliniques, j'ai préconisé pour combattre l'état de shock opératoire, comme après les grands traumatismes, l'emploi du bain de chaleur et de lumière électrique, et j'ai fait construire un appareil qui permet d'appliquer sur le ventre avec intensité et commodément ces deux agents physiques.

Aujourd'hui, revenant sur cette question encore insuffisamment connue, je désire vous apporter le résultat de quelques expériences sur les effets physiologiques du surchauffage lumineux de l'abdomen et l'observation de divers cas cliniques où l'application de mon appareil a manifestement aidé à conjurer de graves accidents post-opératoires.

Voici d'abord les observations cliniques ; elles concernent des malades de M. le Prof. Weiss et de MM. les professeurs agrégés Michel et Sencert qui m'ont aimablement permis d'en faire état devant vous.

OBSERV. I. — Mme X..., 32 ans, entre à la clinique de M. le Prof. agrégé Michel pour lésions annexielles doubles. — Etat général mauvais.

Elle est opérée le 30 décembre : hystérectomie abdominale subtotale. On trouve à droite un hématosalpynx volumineux et adhérent qui se rompt et dont le sang très noir envahit malgré les éponges la cavité abdominale. L'opération se termine néanmoins assez vite, drainage suspubien ; la malade se réveille et supporte relativement bien les premières heures qui suivent. Mais le soir, le pouls est moins bon et s'accélère vers 100-110. sérum, huile camphrée ; la nuit se passe médiocrement ; le lendemain matin, la situation est moins bonne, pouls 120, traits tirés, vomissements verdâtres, miction peu abondante, pas de gaz. Le soir, l'état devient très alarmant, pouls 140, vomissements noirâtres répétés, la malade est très aplatie, le pouls filant ; on enlève le pansement, le ventre apparaît très ballonné, on aspire par le drain un peu de liquide, température interne 36°2 ; un pronostic très sombre est donné à la famille ; sérum 500 gr. en trois fois et huile camphrée toutes les deux heures. On tente un lavage d'estomac qui est très pénible, et suivi de vomissements répétés. Après une courte accalmie, les vomissements noirâtres recommencent et la nuit s'achève très mauvaise. Le troisième jour (1[er] janvier), l'état est extrêmement inquiétant, pouls incomptable, toujours ni gaz ni selle, demi-collapsus ; le médecin traitant, les gardes, la famille, n'ont plus d'espoir. Cependant en désespoir de cause et plutôt même pour avoir l'air de faire quelque chose, M. Michel décide d'essayer les applications locales de chaleur et de lumière ; le pansement est défait et on ne laisse sur le ventre qu'une large compresse de gaze ; puis l'appareil photothermique est appliqué grand ouvert directement sur le ventre avec ses six lampes ; il est 10 h. du matin, la malade accuse presque immédiatement une sensation de bien-être. L'appareil est laissé 40 minutes et l'infirmière, très au courant, constate que le pouls devient plus perceptible, vers midi on applique de nouveau l'appareil pendant une heure. Cette deuxième séance est suivie (vers

(1) *Centralblatt fur Chirurgie*, janvier 1908.
(2) *Presse médicale*, 29 décembre 1909.
(3) Société de médecine militaire française, janvier 1908. *Bulletin médical*, janvier 1909.

1 h. 1/2) d'une décharge de gaz; la malade est manifestement soulagée ; les vomissements cessent et le pouls remonte vers 120. A 3 h., nouvelle application de l'appareil, puis petit lavement glycériné qui donne immédiatement une petite selle. A partir de ce moment, la situation s'éclaircit de plus en plus, le pouls remonte, les vomissements n'ont pas reparu ; on continue néanmoins sérum et huile camphrée ; l'appareil réclamé par la malade est encore réappliqué le lendemain de bonne heure, et dans la matinée il y a une selle abondante. Dès lors la malade est réellement sauvée; et la guérison s'achève en trois semaines avec cicatrice par première intention.

En résumé, dans cette observation très caractéristique, on doit, suivant le Prof. Michel, retenir comme faits surtout importants : l'état de faiblesse de la malade avant l'opération et l'épanchement d'un liquide hématique légèrement virulent dans le péritoine, d'où septicémie péritonéale atténuée avec état de shock grave, vomissements, atonie intestinale, hypothermie. Ces phénomènes qui ont menacé de très près la vie de la malade se sont amendés immédiatement après les applications de chaleur et de lumière sur l'abdomen, et l'impression bien nette du chirurgien, du médecin traitant, des infirmières et de la famille est que c'est à la suite de ces applications que la partie a été gagnée.

Voici maintenant d'autres observations moins impressionnantes, mais où l'application du bain local de lumière a été aussi très rapidement suivie d'une amélioration de l'état des opérés.

Observ. II. — Une femme de 52 ans atteinte de fibrome dégénéré, très affaiblie, ayant perdu beaucoup de sang, est opérée par le Dr Michel. Hystérectomie totale assez difficile en raison d'adhérences, de l'épaisseur de la paroi et de la profondeur du bassin. Choc immédiat très prononcé sur la table d'opération ; pouls petit, pâleur de la face, refroidissement ; la malade ne se réveille pas malgré le sérum, l'éther et l'huile camphrée ; dès qu'elle est dans son lit, on applique l'appareil sur le ventre — très vite alors le pouls devient meilleur, la malade se ranime, se remonte et les suites de l'opération sont normales : guérison.

Observ. III — Un petit garçon de 12 ans atteint d'appendicite datant de trois semaines ; la crise aiguë est passée, mais l'état général est peu brillant. Opéré par le docteur Michel : pas d'incident opératoire ni de réaction péritonéale ; pas de vomissements, mais un certain affaissement général qui va en augmentant le lendemain ; absence de gaz; pouls mauvais sans être encore absolument inquiétant ; à la fin de la 2e journée, on applique alors l'appareil en deux séances de 50 à 60 minutes qui stimulent nettement le malade et provoquent des gaz, les applications sont continuées ; le 3e jour, le malade a une selle, l'état s'améliore rapidement. Guérison.

Observ. IV. — Une femme de 46 ans, atteinte de salpingite suppurée avec cancer de l'ovaire et état général mauvais est opérée le 20 janvier par le Prof. agrégé Sencert dans le service de M. le Prof. Weiss. Hystérectomie subtotale : opération laborieuse à cause des adhérences, ouverture de la vessie qui était en avant de la tumeur et masquait l'utérus ; 2 anses intestinales sont absolument fusionnées avec la tumeur et l'on est obligé de sectionner la séromusculeuse, d'où entérorraphie double. Péritonisation, drainage abdomino-vaginal ; shock opératoire immédiat grave ; le soir même la situation est inquiétante et va en s'aggravant : sérum, caféine, envoi d'oxygène dans l'abdomen. Le lendemain l'état paraît presque désespéré ; pouls incomptable, la température voisine 37°, ballonnement du ventre, urines assez abondantes, mais pas de gaz. A titre d'essai, dans l'après-midi, on applique l'appareil photothermique sur le ventre de la malade pendant 1 h. Cette première séance est suivie d'une légère amélioration du pouls et la malade accuse aussitôt un certain bien-être ; l'application est continuée toute la nuit avec quelques interruptions. Le matin du 3e jour, la situation est bien meilleure et continue à s'éclaircir ; il y a issue de gaz — l'appareil est appliqué encore pendant plusieurs séances : enfin, le 4e jour il y a une selle et la malade bien remontée peut être considérée comme hors de danger. Guérison complète en 3 semaines.

Observ. V. — Une jeune femme de vingt-huit ans a eu, voici trois mois, une pelvi-péritonite aiguë très alarmante ; l'état général est médiocre et il y a encore un peu de fièvre. Opération le 21 février par M. Sencert: ablation de l'utérus et des trompes toutes deux suppurées. Dans le Douglas, foyer séro-purulent gros comme une orange qui se rompt partiellement pendant l'opération et s'écoule dans le petit bassin ; drainage abdomino-vaginal, shock opératoire immédiat sérieux et suites inquiétantes; urines rares, pouls médiocre entre 100 et 110. Vomissements verts incessants, pas de gaz; huile camphrée, sérum ; le 22 au soir, l'état est encore aggravé, le nez pincé et froid, pouls 120, légère hypothermie ; cependant pas de signes nets de péritonite, ventre non ballonné. En somme, état sérieux, mais non immédiatement inquiétant. — Dans la nuit pour réchauffer la malade on applique l'appareil photothermique qui demeure plusieurs heures sur le pansement non défait. La malade fortement réchauffée se sent mieux ; le 3e jour, l'état est à peu près stationnaire ; le pouls un peu meilleur vers 110, mais encore des vomissements verts et répétés. Le chauffage est repris à 10 h. du matin ; dans l'après-midi il y a issue de gaz et les vomissements cessent, le pouls remonte et dans la journée on recueille 800 gr. d'urines ; le chauffage est encore continué. Enfin le 4e jour, il y a une bonne selle après un lavement et la situation s'éclaicit tout à fait. Dans ce cas l'impression du chirurgien est que la malade aurait sans doute guéri quand même, mais que le chauffage a été suivi d'une amélioration presque immédiate et qu'il a certainement aidé la malade à prendre le dessus.

Observ. VI. — Une jeune fille de 16 ans atteinte de salpingite double très infectée, un peu fébrile, est opérée le 1er mars par M. le prof. Weiss : hystérectomie, par hémisection, drainage sus-pubien, shock opératoire immédiat sérieux ; l'état est médiocre ; pouls 120 : t = 38°2 ; la nuit est mauvaise et le lendemain la situation paraît inquiétante, hypothermie (36°1) le pouls est extrêmement petit et la malade très affaissée. A partir de ce moment l'apparail est appliqué en séances prolongées de 1 à 2 heures ; presque aussitôt la malade accuse une sensation de bien-être, et le soir le pouls devient meilleur. Le chauffage est continué pendant la nuit, le 3e jour, la malade est bien moins épuisée, et son état va en s'améliorant, enfin le 4e elle est hors de danger. La température voisine 37 et le pouls est à 110, mais vigoureux. L'amélioration de l'état général et du pouls, d'abord franchement mauvais, a manifestement suivi le chauffage ; il y a eu issue de gaz le 3e jour et une selle le 4e. Par le tube s'est écoulée une très grande quantité de sérosité et l'on s'est demandé si l'hyperémie provoquée par la chaleur y avait contribué : cela est possible, mais il est probable que ce fait doit être surtout attribué à l'infection péritonéale. La malade, qui est encore dans le service, est en bonne voie de guérison.

Je citerai encore les deux petits faits suivants :

Observ. VII. — Une malade opérée par M. Michel d'hystérectomie subtotale n'a pas de choc opératoire grave, mais est prise à la fin du 2e jour de douleur de reins très intenses ; — pas de gaz ni de selle ; — une application de l'appareil fait presque instantanément cesser les douleurs et est suivie après une heure d'issue de gaz. Le lendemain une selle spontanée se produit après une nouvelle séance de chauffage. Guérison.

Observ. VIII. — Un malade de M. Weiss, très infecté et déprimé à la suite d'un traumatisme grave est amputé de la cuisse au tiers moyen. Le choc opératoire immédiat est intense avec refroidissement, pâleur, pouls filiforme ; reporté dans son lit, l'opéré est aussitôt soumis aux radiations de l'appareil suspendu grand ouvert au-dessus de lui dans un cerceau, le malade se réveille et se réchauffe au point qu'une sudation intense se produit. Guérison.

En résumé, dans ces divers cas le surchauffage lumineux de l'abdomen paraît avoir eu surtout pour effet : 1° de réchauffer les malades et de relever leur état général. 2° de supprimer les douleurs lombaires et de procurer aux malades un bien-être tel qu'ils réclamaient ensuite d'eux-mêmes de nouvelles applications de chaleur ; 3° d'augmenter la diurèse, de provoquer l'issue des gaz et d'avancer la première selle qui généralement a coïncidé avec la disparition des phénomènes inquiétants.

Voici, d'autre part, les constatations relevées au cours d'expériences de laboratoire par lesquelles j'ai tenté de préciser les diverses actions physiologiques que produit le surchauffage lumineux de l'abdomen.

Ces expériences ont été toutes répétées plusieurs fois et faites en comparaison avec des sujets témoins.

L'examen d'animaux (cobayes, lapins) laparotomisés sous anesthésie après 30 à 40 minutes de chauffage m'a montré une hyperémie intense du péritoine qui présente parfois de petites suffusions sanguines, et plus encore du mésentère dont les petits vaisseaux turgescents sont animés de battements artériels et présentent une sorte de bouillonnement très caractéristique.

L'examen histologique de coupes d'intestin et de paroi abdominale montre une grande distension des veines et des capillaires avec amas de leucocytes accolés aux parois.

L'absorption de chaleur par l'abdomen est relativement mesurée par l'élévation de la température locale du ventre, 2 à 3°, puis de la température générale 1/2 à 1°. Sur le cobaye et sur le lapin, qui n'ont pas de sudation, l'élévation thermique rectale atteint parfois 2°, mais habituellement chez l'homme elle ne dépasse guère 6 ou 8 dixièmes.

La pénétration de la lumière à travers la paroi abdominale et les tuniques de l'intestin est établie par l'expérience suivante faite en chambre noire : un petit tube de verre contenant une pellicule photographique est introduit très haut dans le rectum et le côlon pelvien d'un lapin ; une lampe électrique est alors allumée au-dessus du ventre de l'animal préalablement rasé, après quelques minutes d'irradiation, la pellicule est fortement impressionnée (1).

Une autre expérience m'a permis de saisir sur le fait l'action des radiations calorifiques et lumineuses sur la tonicité intestinale. Cette action, à vrai dire, n'avait pas besoin d'être démontrée, car les travaux de d'Arsonval, Mayer, Chmoulevitch (2) ont bien établi que la chaleur est un excitant musculaire qui augmente la contractilité et l'élasticité de la fibre lisse comme de la fibre striée, et l'on sait aussi que la chaleur exalte les sécrétions et les excrétions ainsi que toutes les formes de l'activité des tissus. Voici cependant mon expérience : sur un cobaye ou un lapin, on injecte d'abord dans la cavité péritonéale 5 à 15 gouttes de laudanum pour paralyser l'intestin ; on attend dix à quinze minutes, puis sous anesthésie à l'éther, large incision de la paroi abdominale, la masse intestinale s'étale et l'on constate qu'elle ne présente à peu près aucun mouvement péristaltique. On dirige alors sur elle et d'assez près les radiations d'une lampe électrique à incandescence munie d'un réflecteur. Au bout de 2 à 3 minutes on voit les parois de l'intestin, le grêle et le côlon, entrer en contractions de plus en plus fréquentes et énergiques.

Si l'on écarte la lampe électrique, le péristaltisme continue quelques minutes, puis se ralentit et cesse peu à peu Si l'on rapproche de nouveau la lampe, les contractions reparaissent après un certain retard. L'expérience étant faite sous anesthésie et après injection de laudanum, on peut en conclure que les radiations agissent non par action réflexe mais directement sur la fibre musculaire de l'intestin. Si l'animal n'est pas sacrifié et si l'on referme l'abdomen on constate que peu de temps après son réveil, l'animal évacue son rectum, ce qui est d'autant plus étonnant après une laparotomie qu'une grande quantité de laudanum a été tout d'abord injectée ; parfois même il guérit malgré l'asepsie médiocre de l'expérience.

(1) Ce fait correspond aux constatations antérieures de divers auteurs sur la transparence des tissus ; j'ai moi-même obtenu avec une simple lampe à incandescence des clichés pseudo-radiographiques de la main. (*Bulletin médical*, janvier 1909).

(2) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. LXV, p. 3[illegible]3.

Enfin j'ai soumis au surchauffage abdominal des cobayes et des lapins auxquels j'avais injecté dans le péritoine des cultures plus ou moins virulentes de colibacilles ou de staphylocoques. J'espérais par l'hyperémie et la leucocytose que provoque la chaleur enrayer l'infection péritonéale ; mais je dois dire que mes expériences n'ont abouti à rien de concluant, car les témoins ont à peu de chose près réagi de la même manière que les animaux surchauffés.

A ce sujet du moins et à défaut de faits personnels, je rappellerai les expériences de Ludke (1) qui sur lui-même et sur des animaux infectés a constaté que le surchauffage accélère dans le sang la formation des anticorps et augmente considérablement le pouvoir agglutinant, qui par exemple pour un même sujet et pour une même affection passe de 1 pour 80 à 1 pour 160.

Ainsi il résulte à la fois des faits cliniques et des expériences de laboratoire que le surchauffage lumineux de l'abdomen produit des effets physiologiques et thérapeutiques qui pour ainsi dire s'opposent point par point aux principaux phénomènes des accidents postopératoires des laparotomisés.

En temps qu'énergie absorbée, la chaleur et la lumière combattent directement l'hypothermie et l'asthénie générales ; l'excitation qu'elles produisent du péristaltisme intestinal et des sécrétions glandulaires combat la parésie du tube digestif et l'inertie rénale ; enfin l'hyperémie locale et la leucocytose qu'elles provoquent s'opposent à l'anémie des tissus en état de shock et doivent vraisemblablement activer la phagocytose des germes accidentellement introduits dans l'abdomen, à condition toutefois que ces germes soient peu virulents, car rien en somme ne permet de dire que le surchauffage peut enrayer une infection péritonéale aiguë bien caractérisée.

BULLETIN DE PHYSIOTHÉRAPIE

—

Les méthodes de gymnastique éducative. Leur utilisation au point de vue de la santé des collectivités.

L'influence de l'exercice sur la santé est aujourd'hui solidement acquise, démontrée par des preuves scientifiques et cliniques. On ne peut nier que nous ne disposions d'un merveilleux agent aussi bien pour la prophylaxie que pour la thérapeutique.

Les récentes discussions sur la fièvre typhoïde nous ont convaincu, une fois de plus, qu'en fait d'épidémiologie, s'il était impossible de fermer toutes les portes à la contagion, sans risquer de graves atteintes à la vie publique, tout au moins on pouvait en diminuer la gravité d'une façon considérable, en améliorant le terrain organique. Des considérations aussi importantes sont la preuve manifeste du rôle qui revient à ceux qui ont charge des col-

(1) *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1909, XVC, p. 436.

lectivités (médecins régimentaires, officiers, médecins des écoles et lycées, instituteurs). Aussi, j'ai lu avec le plus vif intérêt le livre que M. le médecin-major Daussat vient de publier, et je crois que je ne puis mieux faire que de lui céder la plume pour lui permettre d'exposer d'une façon claire et méthodique ses idées à ce sujet. Je suis persuadé que nos confrères en tireront un utile profit.

A. Demmler.

On entend par « gymnastique éducative » l'ensemble des exercices de la tête, du tronc, des membres ; exercices exécutés AVEC OU SANS APPAREILS, et qui ont pour but de développer et d'assouplir le corps. Un programme de gymnastique éducative se compose d'un certain nombre de leçons de difficulté croissante : chaque leçon étant constituée elle-même par les mouvements des différentes parties du corps, mouvements ordonnés et classés suivant un plan déterminé.

Nous pouvons choisir entre plusieurs programmes de gymnastique éducative.

1° Le Règlement de gymnastique du 22 octobre 1902, élaboré par M. Demeny sous le ministère André, marque une date dans l'histoire de l'Education Physique en France. Les notions générales de physiologie qui lui servent de bases, les principes pédagogiques d'instruction et d'entraînement de la troupe, enfin le classement des exercices en chapitres, suivant un plan rationnel, représentent un progrès considérable sur les errements anciens.

2° Cependant, M. Tissié, dans une étude critique très serrée parue en 1904, signalait les nombreuses imperfections et les nombreuses lacunes de ce Règlement et publiait son Précis de gymnastique rationnelle.

3° En 1905, M. le commandant Lefébure nous donne son Précis de gymnastique éducative, calqué sur le programme suédois ; et 4° dans la même année, MM. Demeny, Philippe et Racine édifiaient un cours supérieur d'éducation physique, complété par une progression détaillée d'exercices éducatifs.

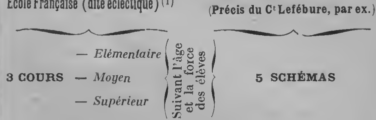
5° Enfin, M. Kaisin, dans « Essai critique sur la gymnastique suédoise » 1906, nous fait assister à une leçon complète, exécutée à l'Institut-Central de Stockolm, en accompagnant sa description de photographies et de commentaires physiologiques très suggestifs sur les actions musculaires intervenant à l'occasion des exercices de cette leçon.

En comparant dans une vue d'ensemble la leçon de gymnastique de l'Ecole française, et la leçon de l'Ecole suédoise nous trouvons certaines similitudes, certains caractères communs. En effet, au début de la leçon, on exécute quelques exercices simples, dits préparatoires, des bras et des jambes, puis des exercices de suspension, d'équilibres. — marches et courses, mouvements du tronc ; — exercices de suspension ; — sauts ; — et on termine la leçon par des exercices respiratoires.

La terminologie diffère suivant la méthode envisagée : pour les Suédois : les suspensions, les équilibres, les marches et courses, les mouvements du tronc (flexions, extensions), etc., etc., sont des EXERCICES FONDAMENTAUX qui correspondent aux CHAPITRES du règ. de 1902 (les marches et courses par exemple constituent le chapitre III) et aux séries du cours supérieur d'Ed. physique (les mouvements du tronc par ex. constituent la série V.). Mais l'idée générale qui a présidé à l'ordonnancement des exercices dans la leçon est la même dans les différents systèmes : à un exercice pénible et fatigant, doit succéder un exercice moins violent ; les exercices nécessitant un certain effort ou congestionnant certains organes (cerveau, poumon) doivent être suivis d'exercices décongestifs ou dérivatifs, tel que mouvements des extrémités inférieures, exercices respiratoires.

Pour comprendre dans une vue d'ensemble les programmes des « deux Ecoles », on peut résumer de la façon suivante le plan général :

Ecole Française (dite éclectique) (1)	Gymnastique Educative Suédoise (Précis du Ct Lefébure, par ex.)



Chaque Cours comprend un certain nombre de leçons.	Chaque schéma, comprend 5 leçons de difficulté et d'intensité différentes (2).
Chaque leçon se compose d'exercices empruntés à 7 chapitres ou à 7 séries différents.	Chaque leçon se compose de 12 exercices dits fondamentaux.

La difficulté d'une leçon résulte :

A) de la difficulté des exercices qui entrent dans la composition de cette leçon.

Un même exercice pris dans un même chapitre ou dans une même série peut se présenter sous des aspects différents, par exemple :

1° Dans la position de (fente en avant, pied droit en avant, cuisse droite fléchie, membre inférieur gauche tendu, corps droit), si au lieu de laisser les bras tombant le long du corps, on les élève verticalement (omoplates rapprochées au maximum), le travail et la dépense d'énergie deviennent plus considérables, l'exercice a été rendu plus intense. plus difficile.

2° Dans la position horizontale couchée, les pieds étant accrochés à un meuble, le relèvement et la flexion du corps en avant exigent un plus grand effort si on met les mains à la nuque que si on laisse simplement les bras ballants ou si on les relève horizontalement en même temps que le torse.

B) On peut combiner les mouvements des bras avec les mouvements des jambes ; les mouvements des jambes avec ceux du tronc, etc., etc.

C) Certains exercices exécutés très lentement sont très pénibles ; d'autres exécutés en augmentant la vitesse nécessitent également une forte dépense d'énergie.

D) Enfin, au moyen des divers appareils (barres parallèles, poutres, cheval de bois, bommes, espalier, cordes parallèles, échelles, etc., etc.), on peut exécuter un très grand nombre d'exercices qui apportent une grande variété dans la leçon.

Cette éducation a non seulement pour but de supprimer les contractions inutiles et d'économiser l'énergie de l'organisme, mais aussi d'obtenir la précision, l'ajustement et la force dans les contractions musculaires.

Dans une étude récente « l'Education physique » (3), nous avons exposé l'influence hygiénique que les mouvements éducatifs exercent sur les principales fonctions de l'organisme.

La gymnastique éducative ne peut donner de résultats durables, en ce qui concerne le développement des formes corporelles et des organes internes, que si elle est enseignée et exécutée avec toute sa progression complète, dé-

(1) Ainsi appelée par les Suédois purs (Coste, Lefébure, Tissié). Cet éclectisme consiste en quelques modifications de détails à la Française ; mais les grandes lignes du système éducatif suédois sont conservées.

(2) En exécutant une leçon par semaine on peut en six mois, apprendre entièrement le programme complet du précis de gymnastique éducative.

(3) Ch. Daussat. — L'Education physique, Maloine, 1910.

taillée, intégrale (1), dans des locaux bien aérés, bien abrités contre le froid et la chaleur.

Les leçons ne doivent pas durer plus de 35 à 40 minutes, mais elles doivent être données tous les jours : car l'entraînement physique ne supporte point les interruptions, aussi courtes soient elles.

« L'enseignement de la gymnastique éducative est inutile, s'il repose sur une méthode et un programme incomplets ; nuisible, si cette méthode se prête trop aux variations ou aux fantaisies individuelles des pédagogues » (*loc. cit.*).

Il suffit de lire attentivement le précis de gymnastique éducative de M. le commandant Lefébure, l'essai critique de gymnastique suédoise du Dr Kaisin pour voir combien le souci des moindres détails d'exécution, des fautes à corriger et à éviter, combien l'ordonnancement hiérarchique, si progressif, des différents exercices, donnent à la méthode suédoise une réelle valeur. Comme le dit le Dr Tissié, l'éducation suédoise est une éducation respiratoire : son but est de perfectionner la fonction d'hématose qui est une des conditions premières d'une bonne santé ; la progression lente et méthodique des leçons permet d'acquérir sans fatigue la force musculaire et l'énergie nerveuse

« On gagne la force sans la chercher », disait Mosso en 1895. Dans une nation armée, aux contingents annuels composés d'aptitudes physiques individuelles très variables, il semble rationnel d'utiliser une méthode de développement corporel qui permet aux plus faibles d'exercer leurs muscles et de s'entraîner progressivement. Malheureusement, la gymnastique éducative ne plaît pas aux jeunes gens valides et vigoureux capables de se livrer, après quelques jours de service, AUX EXERCICES D'APPLICATION (boxe, escrime, baïonnette, courses avec sac chargé, escalades, natation, etc.), et aux exercices athlétiques. L'idéal serait en effet que dès les premiers jours, on prépare le soldat à la guerre, au lieu de lui apprendre à marcher et à respirer. La solution de la question, dit Tissié, est au foyer, à l'école. Mais, en attendant cette évolution (la seule féconde en résultats) de l'éducation de la jeunesse, nous devons d'abord sauvegarder la santé des jeunes gens dont l'adaptation au métier des armes est difficultueux, et, enlever tout danger à cette initiation. Il faut utiliser une gymnastique éducative qui peut être exécutée par le grand nombre de paysans ou d'ouvriers qui n'ont pu profiter de l'action bienfaisante des exercices gymnastiques ou sportifs dans les diverses sociétés s'occupant d'éducation physique.

Rendre l'organisme robuste et vigoureux, c'est le rendre inaccessible aux infections microbiennes ; l'officier et le médecin doivent collaborer intimement, et s'efforcer d'obtenir que les six premiers mois de service soient exclusivement consacrés à fortifier les jeunes soldats et à augmenter la résistance de leur organisme. Nous pensons que cette action commune est la base première d'une prophylaxie large, éclectique, efficace.

DAUSSAT
Médecin-major.

(1) Qui demande 5 à 6 mois de travail sérieux et doit être surveillé par des instructeurs compétents.

MÉDECINE PRATIQUE

Mort rapide par asphyxie aiguë au cours d'un examen radioscopique pour cancer de l'œsophage ;

Par J. BAUFLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

De C..., 59 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Barthe, dans le service du Dr Lacombe, le 23 février 1910.

Il se plaint d'une dysphagie très marquée qui a débuté six mois auparavant ; elle était alors modérée, mais depuis trois jours, elle s'est accentuée rapidement au point de rendre la déglutition des aliments solides et même des liquides tout à fait impossible : le malade fait devant nous plusieurs tentatives pour absorber une petite quantité de lait, et chaque fois le lait est aussitôt rejeté. L'examen révèle l'existence d'une adénopathie sus-claviculaire bilatérale et de l'inégalité pupillaire, la pupille droite est dilatée. Ces signes, joints à l'asthénie et à l'amaigrissement rapides accusés par le malade lui-même, permettaient de songer à un rétrécissement de l'œsophage, dû vraisemblablement à un néoplasme.

Nous faisons, le 25 février, le cathétérisme de l'œsophage avec une sonde molle, puis avec le cathéter à boules olivaires : l'instrument s'arrête en un point situé à environ 13 cm. de l'extrémité supérieure de l'œsophage ; le rétrécissement est très serré et les plus petites olives ne peuvent le franchir.

Ces renseignements sont contrôlés par l'examen radioscopique le 26 février, et M. Desterne, qui a pratiqué cet examen, a bien voulu nous remettre la note suivante :

« A l'examen direct antérieur et postérieur, la clarté « des champs pulmonaires paraît normale, sauf aux sommets, légèrement obscurs ; l'expansion thoracique est « assez limitée et le déplacement du diaphragme dans la « respiration forcée atteint à peine 2 centimètres. L'ombre « cardiaque paraît anormalement agrandie ; l'ombre aortique est de même notablement élargie.

« A l'examen oblique postérieur gauche, l'espace « clair médian semble normal dans ses 2/3 supérieurs ; « la partie inférieure, à partir de l'origine de l'aorte, est « très rétrécie par une opacité qui nous paraît se confondre avec l'ombre cardiaque.

« Un cachet de bismuth ingéré se fixe en un point correspondant à la naissance de l'aorte ; la déglutition de « quelques gorgées d'eau n'amène aucun changement.

« Nous pratiquons alors l'épreuve du lait de bismuth : « au point où s'était arrêté le cachet, se dessine une poche « en forme de massue, et presque aussitôt se produisent « des mouvements très rapides d'ascension et de descente « du bismuth dont aucune parcelle n'arrive à franchir le « rétrécissement.

« Après quelques instants d'observation, nous arrêtons « l'examen ; nous allions rédiger une note sur nos constatations, quand nous vîmes le malade, qui avait fait « quelques pas pour reprendre ses vêtements, blémir, « chanceler et tomber ; transporté aussitôt sur une table, « nous le trouvons sans connaissance, le pouls imperceptible, la bouche grande ouverte, faisant de vains efforts « d'inspiration. Au cours de ces efforts, le visage tend à « se colorer, le corps se raidit, une abondante émission « d'urine se produit, la poitrine se couvre de sueurs et la « mort survient en moins de deux minutes. Toute cette « scène extrêmement rapide s'est déroulée en moins de « deux minutes, sans une plainte, sans un effort de toux. »

L'autopsie nous a expliqué les circonstances dans laquelle cette terminaison fatale s'était produite.

Nous avons constaté en effet l'existence d'un cancer de l'œsophage infiltrant un segment de 3 à 4 cm. de hauteur et déterminant un rétrécissement très serré qu'une sonde cannelée franchit à peine ; ce néoplasme est situé à 2 cm. environ au-dessus de la bifurcation de la trachée ; celle-ci est envahie par le néoplasme et un petit orifice, de 2 millim. de diamètre environ, à contours très réguliers, fait communiquer l'œsophage et la trachée. Mais les résultats les plus intéressants sont fournis par l'examen de l'arbre trachéo-bronchique : *les parois du larynx, de la trachée, des bronches extra-pulmonaires sont tapissées dans toute leur étendue de fines particules de bismuth* ; *il en est de même des bronches intra-pulmonaires dont les dernières ramifica-*

tions renferment du bismuth; à tel point que, sur une section faite au niveau des lobes inférieurs des deux poumons, on aperçoit les bronches obstruées, aussi nettement dessinées qu'après une injection artificielle.

Le lait de bismuth est donc passé de l'œsophage dans les voies respiratoires qu'il a obstruées brusquement, déterminant une syncope mortelle : la rapidité d'évolution des accidents, la pâleur initiale du malade, l'absence de dyspnée et d'efforts de toux destinés à expulser le liquide qui encombrait les bronches évoquent plus l'idée d'une syncope que celle d'une asphyxie.

Le passage du liquide s'est-il fait par la fistule aérotrachéale dont nous avons signalé plus haut l'existence ? Cette explication, très vraisemblable *à priori*, peut cependant soulever quelques objections : le petit diamètre de la fistule ne semble pas suffisant pour permettre l'écoulement du liquide en un temps très court ; d'ailleurs cette fistule devait exister depuis un certain temps déjà et jamais cependant le malade n'avait présenté de toux ou de crises de suffocation au moment des tentatives de déglutition des liquides ; enfin la présence de particules de bismuth sur les parois du larynx et de la trachée au-dessus de la fistule serait, dans cette hypothèse, difficile à interpréter. Aussi est-on en droit de se demander si le liquide reflué de l'œsophage dans le pharynx n'a pas été projeté directement dans le larynx sous l'influence des efforts énergiques de déglutition faits par le malade ; peut-être aussi faut-il faire intervenir dans ce cas les troubles d'innervation du larynx, les pneumogastriques et le récurrent gauche étant comprimés par la tumeur : ainsi pourrait se concevoir le passage des liquides dans le larynx, sans quintes de toux, sans réaction de défense de la part du malade. Quelle que soit d'ailleurs la pathogénie intime de ces accidents, il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur cet incident grave et tout à fait exceptionnel au cours d'une méthode d'exploration qui ne présente habituellement aucun danger.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE

Paris, 29 mars-2 avril 1910.

La séance d'inauguration du 3e *Congrès international de Physiothérapie* a eu lieu, comme on le sait, mardi dernier, au grand Amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Fallières, président de la République, ayant à sa droite, le professeur Landouzy, président du Congrès, et à sa gauche, M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique.

La table d'honneur et l'estrade étaient en outre occupées par les délégués des nations étrangères. On remarquait : M. l'Ambassadeur d'Angleterre, M. Armand Bernard, représentant le Préfet de la Seine ; M. Laurent, représentant le Préfet de Police ; M. Gustave Mesureur, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris ; MM. les professeurs Gilbert, Guyon, Hayem, Gariel, Gautier, Lannelongue, Dieulafoy, Albert Robin, Widal, Dastre, d'Arsonval, Huchard. N'oublions pas MM. Vaquez, Zimmern, Albert Weil, les chevilles ouvrières du Congrès et de l'Exposition.

Quant à l'amphithéâtre lui-même, il était à peu près rempli de médecins étrangers et français, parmi lesquels M. le professeur Kirmisson, MM. Maurice de Fleury, Fiessinger, Durand-Fardel, Christin, Roux, Baraduc, Bardet, Cabanès, Foveau de Courmelles, Peyré, Maurice Leprince, Victor Gardette, pour ne citer qu'une petite poignée de physiothérapeutes aperçus à portée de plume.

On a pu lire, dans la grande Presse ou ailleurs, les discours qui ont été prononcés à cette séance d'ouverture. Celui de M. le professeur Landouzy a été particulièrement remarquable, comme toujours, par le fond, la forme, la documentation, la mesure, la diction. Maintes personnalités ont dû souligner agréablement ce passage où le professeur Landouzy a résumé les principes diététiques dans celui de la modération, sans exclusivisme contre le vin.

Après la clôture des discours, l'assemblée s'est rendue à l'Ecole de Médecine pour inaugurer la belle *exposition du Congrès*. Il fallait voir M. Albert Weil, organisateur de cette exposition, guider M. le Président de la République à travers ces salles si bien aménagées, le renseigner sur cette *exposition rétrospective* dont M. Albert Weil peut être justement fier, car, par elle, on parcourt, grâce à des documents de toutes sortes (monnaies, statues, livres, autographes, objets divers), toute l'évolution de la physiothérapie. Rappelons ces belles collections de radiographies de MM. Haret, Zimmern, Beclère, Wickham et Degrais, Belot, Laquerrière, Guilleminot, Dominici, Darbois, Aubourg, collections qui font grand honneur à la *Société de radiologie médicale de Paris*, ainsi qu'à la *Société française d'électrothérapie et de radiologie*.

Quand on a visité cette exposition, et qu'on a retenu tout ce qu'elle présente d'utile à l'étudiant, au praticien, au spécialiste, on partage le regret exprimé par M. Vaquez, secrétaire général du Congrès, dans le beau compte rendu qu'il fit à la séance d'ouverture, de voir une telle exposition disparaître en quelques jours, alors qu'elle renferme des leçons de choses si précieuses pour la pratique et pour l'enseignement.

Travaux du Congrès

Cinésithérapie : Président, M. le Professeur Gariel.

M. de Munter (de Liège). — **Education de la fonction respiratoire chez les malades.** — Le rapporteur passe en revue différents cas pathologiques pour conclure que la gymnastique respiratoire se traduit par deux ordres de résultats : 1° résultats locaux sur l'affection traitée, influence incertaine ; 2° résultats sur l'état général, influence constante qui se traduit par une activité plus grande des fonctions vitales, etc.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1910.

La radiothérapie de la paralysie générale. — M. *Marinesco* a appliqué le traitement radiothérapique à 10 paralytiques généraux. La maladie était à son début, avec Wassermann positif et lymphocytose rachidienne. On a fait 108 séances dans un cas, de 15 à 45 séances dans les autres cas, à raison de trois séances par semaine. Les rayons, non filtrés au début, l'ont été ensuite à l'aide d'une plaque d'aluminium de 2 millimètres.

Le résultat a été nul dans un cas, parfait dans un autre, encourageant dans les 8 autres.

Greffes musculaires employées à combler des cavités osseuses créées par l'évidement chirurgical dans le traitement de l'ostéomyélite. — M. *Nélaton* rappelle dans ce travail que les procédés extrêmement nombreux conseillés pour le traitement des cavités osseuses peuvent se ramener à deux grandes classes : 1° ceux qui consistent à supprimer la cavité osseuse par résection ou par mobilisation d'une de ses parois ; 2° ceux qui, laissant persister la cavité osseuse, s'efforcent de la combler, soit par un corps étranger inerte (plombage), soit par un corps étranger vivant (greffe osseuse ou des parties molles).

Loin de s'exclure, ces deux classes de procédés se complètent au contraire, et possèdent chacune leurs indications. L'avantage de la greffe musculaire, conseillée par M. Nélaton, c'est qu'elle peut réussir alors même que la cavité à combler n'est pas parfaitement aseptique, ce qui fait trop souvent échouer le plombage par la méthode de Mosetig.

Elections. — MM. *Delagénière* (du Mans), et *Monprofit* (d'Angers) sont élus correspondants nationaux dans la section de chirurgie.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du jeudi 17 mars 1910. — Présidence de M. le Dr LAQUERRIÈRE, secrétaire général.

M. *Laquerrière* présente :

1° Une note du Dr *Hepp* sur un cas de **dextrocardie acquise.** Le malade, ancien officier, fut réformé pour caverne considérable de la base droite comme tuberculeux. Soumis au traitement mercuriel prolongé, il vit sa santé se rétablir à peu près complètement, mais 5 ans plus tard, à l'occasion de quelques troubles cardiaques, on pratiqua la radiographie. Le cliché montre que les 2 poumons sont plus ou moins sclérosés dans leur moitié. supérieure : la base gauche est au contraire claire et a repoussé le cœur qui occupe la place de la base droite, on voit l'aorte nettement repoussée à droite de l'ombre médiane. En somme, le cœur est venu occuper la place de l'ancienne caverne.

2° Une note du Dr *Goujon* intitulée « **Dangers de porter un diagnostic sur une seule radiographie** ». Il s'agissait d'un enfant qui s'était fracturé la cuisse ; une épreuve radiographique montre sur le cliché une simple augmentation de la densité en un point de l'os qui sauf cela paraît normal. Cette augmentation de densité est à peine perceptible sur l'épreuve positive. Or la radiographie montre que ce fémur a cependant 3 centimètres de moins que celui du côté sain. Enfin un autre cliché, sous une autre incidence, montre très nettement que les 2 fragments ont chevauché l'un sur l'autre, mais en se superposant exactement. Si on s'en était tenu au premier cliché, on aurait parlé d'erreur de la radiographie, alors qu'il y aurait eu seulement faute de l'opérateur.

MM. *Delherm* et *Laquerrière* lisent un travail sur **la comparaison de la gymnastique musculaire électrique et de la gymnastique volontaire.** — Ils étudient seulement deux points ; *a*) localisation du travail : Le courant électrique, si l'on choisit convenablement le mode d'excitation et la place des électrodes, fait agir un muscle seul sans aucune intervention des synergiques et des antagonistes. Au contraire tous les mouvements volontaires, surtout dès que la fatigue commence à se manifester, sont toujours le résultat : 1° de la contraction du muscle visé ; 2° de la contraction de ses synergiques ; 3° de l'intervention des antagonistes qui se relâchent peu à peu ; 4° de l'intervention de différents muscles parfois très éloignés qui assurent la fixité des points d'appui, favorisent le déplacement dans tel ou tel sens, etc.

b) La production de la fatigue. Les expériences des auteurs montrent jusqu'à présent que, pour un même travail statique, la fatigue se produit beaucoup moins vite et se prolonge bien moins longtemps quand le travail est accompli par contraction électriquement provoquée ou par contraction aidée électriquement que quand il est le résultat de la seule contraction volontaire.

Le secrétaire général,
Dr A. LAQUERRIÈRE.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 17 mars 1910

Accès subaigu avec amnésie totale chez une alcoolique chronique.— M. *Delmas* présente une malade éthylique chronique qui après un accès subaigu d'une durée de six jours, n'a retrouvé aucun souvenir se rapportant à la période des accidents subaigus.

La forme de cette amnésie lacunaire et totale est exceptionnelle, et au point de vue médico-légal mérite d'être connue.

M. *Dupré* souligne l'intérêt médico-légal de ce fait en rappelant que l'amnésie a été souvent alléguée par les criminels.

M. *Vallon* a observé des faits d'amnésie au cours d'accès subaigus se rapprochant de cette forme et pense que la clinique en offre de temps en temps des exemples.

M. *Voisin* demande s'il n'y aurait pas eu association d'état second hystérique.

M. *Delmas* dit qu'il n'a trouvé ni épilepsie, ni hystérie.

Communication de M. Roubinovitch. Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez un persécuté-persécuteur.—M. J. *Roubinovitch* présente un malade dont l'histoire psychopathique se caractérise par un syndrome paranoïaque de délire de jalousie et de persécution ayant évolué sur un terrain manifestement prédisposé, pendant quinze ans. Ce délire rappelant celui des persécutés raisonnants et fondé sur de fausses interprétations s'est compliqué à plusieurs reprises d'épisodes hallucinatoires auditives compliquées d'illusions visuelles. L'évolution de cette psychose n'offre, malgré sa longue durée, aucun caractère progressif et depuis six semaines on assiste à un état lucide de la conscience avec compréhension nette de l'état pathologique antérieur, critique, correct des conceptions délirantes émises, etc.

Au point de vue somatique, on trouve chez le sujet l'exemple le plus net de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique avec épaississement électif des phalangettes des doigts, des mains et des pieds en baguettes de tambour, en épaississement des extrémités des os des membres, en la déformation des ongles qui sont étalés et bombés à la façon d'un verre de montre, en l'hypertrophie osseuse des extrémités des os démontrée par la radiographie. Il existe, en outre un développement anormal de varice au niveau des membres inférieurs, avec des hémorrhoïdes procidentes qui saignent fréquemment et abondamment.

Ce cas soulève un problème pathogénique intéressant : Y a-t-il entre les accidents psychopatiques et l'ostéo-arthropathie une relation de simple coïncidence ? Les deux syndromes sont-ils au contraire les résultats d'un même processus général ? Pour résoudre ce problème, l'auteur constate que les épisodes hallucinatoires du malade sont survenus en dehors de toute intoxication exogène et très vraisemblablement sous l'influence d'un facteur auto-toxique. D'autre part, d'après la plupart des auteurs qui ont étudié l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, l'origine autotoxique de ce syndrome, indiquée par M. Pierre Marie, est presque la règle générale. Il semble donc que les deux syndromes décrits chez le malade évoluent sur un terrain commun d'auto-intoxication et des troubles trophiques du système veineux. Cette association syndromique contribue ainsi à mieux définir la nature du terrain de dégénérescence qui a favorisé l'éclosion d'un délire de persécuté-persécuteur.

M. *Dupré* fait remarquer que si les épisodes hallucinatoires peuvent être mis sur le compte d'une auto-intoxication d'origine inconnue et qui peut être rapportée à la même cause que l'ostéopathie hypertrophiante, il n'en reste pas moins le fond paranoïaque, essentiellement constitutionnel.

M. *Léri* ajoute qu'il n'est pas besoin de soulever l'hypothèse auto-toxique pour expliquer l'ostéopathie hypertrophiante chez un malade présentant des lésions vasculaires aussi considérables.

Manie intermittente et paranoïa quérulante.— MM. *Dupré et Pierre Kahn.*— Présentation d'une malade chez laquelle on observe un état maniaque pur. Cette malade, dont c'est le 7e internement, n'a pas toujours présenté ce syndrome. Plusieurs certificats de médecins aliénistes — qui l'ont soignée au cours de différents passages dans les asiles — constatent qu'elle a présenté un délire systématisé à base d'interprétation avec nombreuses revendications.

Cette constitution paranoïaque de cette malade se révèle en outre par de multiples démarches auprès des ministres, fonctionnaires, députés..., des procès, des plaintes... etc.

La coexistence des deux constitutions cyclothymique et paranoïaque chez la même malade est intéressante à constater au point de vue de leur parenté, d'autant plus que les travaux de Specht en Allemagne ont mis dernièrement cette question à l'ordre du jour.

M. *Deny* fait remarquer que la malade de MM. Dupré et Kahn vient à l'appui de cette opinion que la paranoïa quérulante serait une maladie de l'affectivité, une parathymie et non une maladie de l'entendement.

M. *Capgras* estime qu'il y a là uniquement psychose maniaque dépressive et cela sans délire paranoïaque, les manifestations observées chez la malade entre les accès étant seulement l'expression du caractère si souvent observé chez les intermittents et non pas un véritable délire.

Symptôme de Ganser chez un hébéphrénique, par MM. *E. Dupré* et *Eugène Gelma.*— Ce malade, entré à l'asile dans une pha-

se de confusion et de désorientation avec symptôme des réponses inexactes aux questions précises (symptôme de Ganser) est un hébéphrénique avec indifférence, apathie, incuriosité, conceptions délirantes très polymorphes et hallucinations dont l'état remonte à 9 mois environ. Ce qui domine chez ce malade, c'est que sur un fond d'indifférence il est ironique, malicieux, jovial, et qu'il ne répond jamais d'une façon exacte à une question même simple, tout en l'ayant bien comprise et tout en ayant conscience de l'illogisme de ses propos. Ses écrits présentent le même caractère.

Cénesthopathies, par M. *Dupré* et Mme *Long Landry*.— Des deux observations de cénesthopathies que nous apportons, la 1re concerne une femme de 64 ans, atteinte il y a 10 ans de cataracte et de décollement de la rétine de l'œil droit. Deux ans après l'organisation de ces lésions oculaires, la malade ressentit des sensations pénibles, gênantes, indéfinissables dans la partie inférieure du front, la région péri-orbitaire et nasale ; les sensations qui persistent actuellement sans modification ne sont pas exagérées par la pression, elles sont continues et leur continuité plus que leur intensité les rend intolérables. Les nombreux oculistes consultés par la malade ont considéré ces troubles comme purement nerveux et n'ont trouvé aucune relation à établir entre eux et des lésions oculaires.

La 2e observation se rapporte à un homme de 68 ans soigné à la Pitié de septembre à décembre 1908.

Ce malade avait la sensation de mucosités siégeant à la région rétro-sternale, et toujours prêtes à être expulsées. Ce trouble de la sensibilité n'était provoqué par aucune lésion organique, en particulier aucune compression ni altération de la muqueuse, comme en ont témoigné les examens faits dans le service de M. Sébileau.

Ce malade mourut de cachexie et la vérification anatomique prouva l'exactitude du diagnostic.

L'histoire clinique de ces 2 sujets les fait rentrer dans le cadre des cénesthopathes ; les troubles de la sensibilité sont constitués par des sensations plutôt gênantes que douloureuses ; elles ne s'accompagnent pas d'interprétations délirantes ni de dépression mélancolique et elles ne sont justiciables d'aucune thérapeutique, ni médicamenteuse, ni psychique.

René CHARPENTIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 17 février et du 10 mars.

Etiologie de la fièvre typhoïde (Clôture de la discussion). — M. *Daussat* donne lecture du rapport qui résume la longue discussion qui vient d'être poursuivie au sujet de l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'armée. Grâce aux très nombreuses communications apportées par les médecins régimentaires, il est possible de dégager les conclusions suivantes.

La fièvre typhoïde relève de causes diverses :

1° *Infection*. — 80 % (Koch), 90 % (Brouardel) des cas sont dus à la souillure hydrique : eau de boisson, eau de mouillage (cidre, lait), eau de lavage et de rinçage.

10 % environ sont dus à la souillure du sol (matières fécales, poussières...)

2° *Contagion*. — 0,03 % dus à la contagion hospitalière.

1 % par les infirmiers (statistiques hospitalières concernant un très grand nombre de cas intérieurs).

D'après les statistiques allemandes, la contagion par les porteurs chroniques de bacilles donnerait 4 à 5 % de cas. Il est singulier de constater que la contagiosité est plus élevée dans ce dernier cas que dans les milieux hospitaliers où les contacts sont plus intimes.

3° *Autogénèse*. — Le bacille d'Eberth ne naît pas spontanément dans l'organisme, c'est évident ; mais son apport au moyen des milieux extérieurs ou par le contage remonte à une date indéterminée ; ainsi introduit dans l'organisme, le bacille d'Eberth peut rester saprophyte pendant un temps variable, puis devenir virulent sous l'influence d'altérations de l'organisme produites par des causes diverses, dites *causes secondes*.

Tous les documents versés au débat soulignent l'importance de ces causes secondes, dont les principales sont : la fatigue, l'encombrement, les vices de l'alimentation et du casernement, les intempéries.

La conclusion toute naturelle qui découle de cet important débat est que les médecins régimentaires doivent continuer, comme par le passé, à surveiller l'entraînement progressif et le bien-être physique du soldat, et que toute leur attention doit se porter sur l'alimentation, la pureté de l'eau, la propreté corporelle et manuelle, le casernement, les latrines, etc. Cette mission prophylactique est loin d'être aussi simple et aussi banale qu'on le croit généralement.

Traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal. — M. *Revel* a obtenu de très bons résultats de cette opération, qui est simple et se termine le plus souvent par une réunion per primam. Les suites sont très heureuses ; l'épiphora disparaît ; seul persiste un larmoiement léger, peu gênant, qui finit par céder en raison de l'atrophie de la glande lacrymale. Il conclut que toute dacryocystite rebelle peut et doit être traitée par l'extirpation du sac.

M. *Dejouany* appuie ces conclusions. Il passe en revue tous les détails de technique de cette excellente intervention que, depuis plusieurs années, il voit couramment employée aux Quinze-Vingts. Le larmoiement qui subsiste après l'ablation du sac est ordinairement léger ; s'il devenait gênant, on pourrait pratiquer l'extirpation de la glande lacrymale.

Aussi, cette opération est-elle indiquée, à son avis : 1° quand une dacryocystite chronique a résisté aux divers traitements employés ou quand la suppuration devient un danger pour l'œil ; 2° quand il y a des lésions osseuses fistuleuses (tuberculose, syphilis, ulcères) ; 3° dans les cas d'atonie du sac ; 4° comme temps prémonitoire de la cataracte ou de l'iridectomie ; 5° enfin lorsque pour des raisons sociales, chez les ouvriers par exemple, le long et coûteux traitement habituel est impossible.

Simulation de la prétuberculose. — M. *Batier* apporte d'originales observations desquelles il appert que certains simulateurs appartenant ordinairement à la classe instruite, ont pu faire croire qu'ils étaient atteints de tuberculose au début ; amaigrissement provoqué, élévation thermométrique vespérale, palpitations produites par des injections dissimulées de caféine, joints à quelques troubles respiratoires du côté des sommets, qui, on le sait maintenant, sont si fréquents chez les sujets normaux, tels sont les moyens mis en œuvre pour surprendre la bonne foi de l'observateur.

M. *Lemoine* fait observer que chez 50 % des sujets il y a des différences dans la respiration des 2 sommets. Sauf chez les gauchers, l'inspiration est, en général, plus forte à droite qu'à gauche. Aussi pour pouvoir tirer une conclusion valable de l'auscultation des sommets, il faut observer une diminution sensible du murmure vésiculaire du côté droit. Encore faut-il s'assurer qu'il n'existe pas d'anomalies ou d'obstruction des voies aériennes supérieures (fosses nasales, pharynx).

Un signe, réellement pathognomonique, et qui lui paraît impossible à simuler est celui de la *fièvre provoquée*. Les sujets qui après une demi-heure d'exercice intensif présentent une élévation thermique de 5 à 6 dixièmes de degré, persistant pendant un certain temps, doivent être considérés comme suspects de tuberculose au début. Il recherche toujours systématiquement ce signe, sans se fier exclusivement aux résultats de l'auscultation des sommets.

Contusion de l'abdomen par coup de canon à blanc. — M. *Pfihl* relate l'observation d'un marin qui reçut presque à bout portant un coup de canon à blanc. Celui-ci détermina un éclatement de la paroi abdominale par lequel faisait issue l'estomac, parfaitement intact et animé de mouvements péristaltiques. Par contre, le pancréas était presque broyé. Malgré une intervention urgente, le blessé succomba au schock.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — M. *Dubujadoux* reçoit à l'hôpital un cavalier qui venait d'être atteint d'un coup de pied de cheval dans l'abdomen, au niveau du bord externe du grand droit, à peu près à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque du côté droit. 12 heures après l'accident, le blessé présentant des signes de probabilité de lésion interne :

vomissements, hoquet, ballonnement considérable, défense extrême de la paroi, 38°6 de température et pouls à 104°. il pratique la laparotomie. Celle-ci ne fait découvrir aucune lésion intestinale ; seulement deux ecchymoses insignifiantes et superficielles sur le côlon ascendant, sans amincissement des parois. Guérison.

M. **Delorme** dit qu'il ne faut pas s'étonner dans ce cas de l'absence de lésions. Les contusions par coup de pied de cheval ont une pathologie très spéciale qui ne ressemble pas à celle des contusions abdominales observées dans la pratique civile et qui sont provoqués par des tamponnements, des écrasements par roues de voiture. Les coups de pied de cheval ne déterminent des lésions internes que lorsqu'ils portent sur un point de la paroi abdominale qui correspond à une partie résistante de la paroi postérieure : colonne vertébrale ou os iliaque. En dehors de ces zones, les anses intestinales peuvent fuir sous le choc et sont rarement lésées ; c'est le cas du blessé de M. Dubujadoux. Malgré des symptômes tapageurs, pareilles contusions guérissent sans intervention. H. BILLET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 mars 1910

A propos de l'emploi des pinces à demeure après la néphrectomie. — M. **Pasteau** s'élève contre l'emploi *systématique* des pinces à demeure après la néphrectomie secondaire. Il pense, en effet, contrairement à M. **Cathelin**, que la pince à demeure ne doit pas être considérée comme la méthode de choix pour assurer l'hémostase du pédicule rénal, mais comme un procédé d'exception, car si on emploie la pince de préférence à la ligature, l'intervention a des chances d'être moins complète, de donner moins de sécurité immédiate au point de vue de l'hémorrhagie et moins de sécurité ultérieure au point de vue de la solidité de la cicatrice et de la bonne réfection de la paroi abdominale.

Convient-il d'envoyer les tuberculeux à la mer ou la montagne? — M. **Paul Delbet**, d'après de nombreux faits cliniques, pense que le séjour des tuberculeux urbains à la campagne ou à la mer a une utilité à peu près nulle et peut même être nuisible. Aux tuberculeux, il faut de l'air et de la lumière, ils peuvent les trouver à la ville, l'air et la lumière de la campagne ou de la mer n'ayant rien de spécifique. D'après Delbet, la meilleure preuve est la fréquence et la gravité de la tuberculose à la campagne, à la mer et dans la montagne.

En revanche, à la campagne, la nourriture et l'hygiène sont mauvaises, la surveillance insuffisante. Il serait à désirer que les œuvres antituberculeuses s'attachent avant tout à améliorer les logements des ouvriers.

Aplasie congénitale localisée de la cage thoracique. — M. **Leuret** lit un rapport sur un cas observé par M. **Chaton** (de Besançon). Il s'agissait d'un homme, vu à propos d'une autre affection, qui présentait une absence congénitale de la partie antérieure des 2e 3e et 4e côtes. Le Dr Chaton admet comme cause de cette malformation une compression du thorax par la main du côté malade pendant la vie intra-utérine.

Drain ayant séjourné dans la cavité pleurale pendant 14 ans. — M. **Rousseau** présente un malade auquel il fit en 1906 une large résection des 7, 8, 9 et 10e côtes pour extraire un drain abandonné dans la cavité pleurale 14 ans auparavant à la suite d'un emphysème. Ce malade conserve ce drain dans la plèvre de l'âge de 14 ans à celui de 28 ans et se développe quand même normalement quoique ce drain occupât une vaste poche purulente enkystée ayant annihilé complètement le fonctionnement du poumon. La cicatrisation de la plaie était parfaite et la cicatrice devenue invisible. Il n'y avait jamais eu de vomique.

M. **Rousseau** considère ce cas comme tout à fait exceptionnel, sinon unique. Tous les accidents semblables d'échappement de drains relatés jusqu'à ce jour ayant toujours laissé comme conséquence une fistulisation de l'ouverture pariétale avec écoulement continu ou intermittent de pus. A. HUGUIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du 18 mars 1910

On procède à l'admission de 12 membres nouveaux, puis le Dr **Regnault** parle du prochain Congrès des Praticiens et de l'intérêt qu'il y a pour chacun d'y adhérer.

Le Dr **Dieupart** fait le compte rendu du Congrès d'assainissement et de l'habitation, auquel il a assisté, comme délégué de la Société.

M. de Rancourt, interne de l'infirmerie centrale des prisons, présente ensuite, en collaboration avec le Dr Le Filliâtre, une communication sur le traitement des collections purulentes, tuberculeuses ou non, par les injections modificatrices d'éther iodoformé, d'huile iodoformée, d'eau oxygénée, etc. montrant la supériorité de l'eau oxygénée.

ANALYSES

L'examen médico-légal des poumons des nouveau-nés. La docimasie pulmonaire histologique, par René-Victor THOMAS. (Thèse de doctorat, 15 juillet 1909.)

I

Le médecin légiste ne doit pas ignorer les dispositions de la loi contre l'infanticide. La jurisprudence de l'infanticide a d'ailleurs beaucoup varié. Puni de mort sous l'ancien régime, l'infanticide disparaît des textes de la loi de 1791. La peine de mort est rétablie en 1810. Enfin la loi du 22 novembre 1901 (art. 300 et 302 du code pénal) assimile l'infanticide à un assassinat et le punit de mort.

Si la mère est l'auteur du crime, elle n'est punie que des travaux forcés. L'infanticide comprend trois éléments fondamentaux : l'homicide, l'intention de donner la mort, le fait que la victime est un nouveau-né. On doit considérer l'infanticide comme absolument indépendant de la viabilité (Tardieu). Si théoriquement il y a quelque difficulté à définir le nouveau-né, pratiquement ces difficultés n'existent pas. De même le fœticide peut être assimilé soit à un avortement, soit à un infanticide.

II

La question capitale à laquelle doit répondre le médecin légiste est la suivante : Le nouveau-né a-t-il vécu ?

A part la docimasie gastro-intestinale ou épreuve de Breslau, peu employée aujourd'hui, tous les procédés usités reposent sur la docimasie pulmonaire. L'examen extérieur des poumons, en faisant connaître leur situation, leur couleur, leur consistance, fournira au médecin de précieuses indications, de même la docimasie pulmonaire optique, dont Bouchut montra la réelle valeur. Mais de tous les procédés, le seul sur lequel on puisse fonder la certitude est la docimasie pulmonaire hydrostatique. Connue depuis très longtemps, puisque Galien le premier en a donné le principe, cette méthode qui fut utilisée pour la première fois en 1681, a subi des critiques. C'est ainsi que bien des méthodes ont été proposées pour remplacer le vieux procédé de Galien. Daniel, Ploucquet et bien d'autres imaginèrent successivement d'ingénieux procédés au cours des deux derniers siècles : leur tort fut d'envisager des phénomènes biologiques avec une rigueur mathématique. Aussi on en revint à la méthode de Galien.

Quelle en est donc la pratique actuelle ? Elle comprend deux opérations également importantes. 1° Tous les organes de la cavité thoracique sont portés dans l'eau.

Si l'enfant a vécu, le bloc cœur, poumon, thymus, doit surnager. Sinon il doit couler au fond de l'eau.

2° Les poumons ou fragments de poumon comprimés sous l'eau laissent sortir de fines bulles qui se rassemblent à la surface de l'eau dans le cas où l'enfant a vécu. Même après cette compression, les poumons surnagent. Ces deux opérations devront être faites. La première ne saurait fournir que des présomptions. Et c'est à la seconde qu'il faut attacher le plus d'importance. Formulée d'une façon aussi précise, il semble que la docimasie hydrostatique doive toujours donner des résultats positifs. Malheureusement il n'en est pas ainsi. Analysant les conditions du phénomène de la surnatation, MM. Balthazard et

Lebrun ont fait intervenir la densité du poumon. Mais cette nouvelle méthode n'a pas écarté toute difficulté.

Quelles sont donc les causes d'erreur ? D'abord de très nombreuses observations ont prouvé que le nouveau-né peut avoir respiré et ses poumons ne pas surnager. De nombreuses recherches ont été faites pour expliquer le phénomène de l'air quittant les poumons.

La meilleure théorie paraît être celle de Simon Thomas et Schroder. L'inspiration diminue progressivement tandis que l'expiration garde toute sa valeur. La coction, la chaleur, le séjour prolongé dans l'alcool, provoquent cette atélectasie secondaire.

Autre cause d'erreur : un enfant peut n'avoir pas respiré tout en ayant vécu. L'inverse peut tout aussi bien avoir lieu ; c'est ainsi qu'avant sa naissance un enfant peut respirer et mourir avant son expulsion. Tout étrange que semble ce fait, il n'en est pas moins prouvé par des observations récentes. Mais pratiquement, il n'y a pas à tenir compte de ces phénomènes vraiment exceptionnels.

Tout enfant ayant respiré sera considéré comme ayant vécu.

Enfin, des poumons de mort-nés peuvent surnager.

Cela peut être dû à l'insufflation, à la congélation, au séjour dans l'alcool et surtout à la putréfaction que nous devons étudier maintenant.

III

La plus importante cause d'erreur est due à la décomposition des poumons. Cette décomposition se passe en deux temps : d'abord putréfaction gazeuse avec production d'aréoles renfermant des gaz, puis période de collapsus dans laquelle le poumon réduit en bouillie n'est plus utilisable pour le médecin-légiste. Donc, dans la première période de décomposition, il est impossible de déterminer si l'enfant a vécu. C'est du moins l'opinion de la plupart des médecins-légistes actuels. La question a d'ailleurs donné lieu à de nombreuses discussions. Pour ne citer que quelques noms : Bordas et Descouts, d'une part, affirmèrent que la putréfaction pulmonaire était fonction de la respiration. Puppe et Zienske, docents de l'Université de Berlin, déclarèrent au contraire que le développement des gaz putrides pouvait provoquer la surnatation des poumons.

A la suite de ces derniers, de nombreux expérimentateurs, dont MM. Balthazard et Lebrun, vinrent combattre l'opinion de Bordas et Descouts, et l'opinion partout admise aujourd'hui est que la putréfaction gazeuse provoque dans certains cas la surnatation.

Après toutes ces causes d'erreur, dont quelques-unes très importantes, quelle valeur attribuer à la docimasie hydrostatique? D'abord dans certains cas, là où les causes d'erreur auront pu être éliminées, le médecin-légiste pourra affirmer l'infanticide.

Ailleurs et plus fréquemment il sera plus aisé de démontrer la non-culpabilité de l'accusée. Mais surtout dans la majorité des cas le médecin restera indécis.

Donc la docimasie hydrostatique reste un bon procédé, mais ne fournit malheureusement de résultats certains que dans un trop petit nombre de cas.

La critique très justifiée d'ailleurs de la docimasie pulmonaire hydrostatique provoqua l'apparition d'un grand nombre de méthodes : docimasie pulmonaire radiographique, chimique, etc. Enfin il est un procédé nouveau dont l'application tend à se généraliser et qui certainement prendra la place de la méthode de Galien. C'est l'examen microscopique des poumons dont MM. Balthazard et Lebrun ont fixé les indications. On pratique des coupes sériées et on les colore avec quelques précautions particulières.

Plusieurs cas sont alors à distinguer : 1° les poumons ne sont pas putréfiés. Si l'enfant n'a pas vécu, on voit les bronches comme étranglées, plissées, les voies respiratoires affaissées. La lumière des bronches est très réduite. Si la respiration a eu lieu, on voit, au moins en certains endroits, les alvéoles et les bronches déplissés. Le même examen microscopique fournira d'utiles indications sur la cause de la mort du nouveau-né : congestion, bronchopneumonie : 2° les poumons sont putréfiés. C'est ici que la docimasie pulmonaire histologique rendra les plus grands services. Dans le cas de mort-né, la putréfaction produira toujours un emphysème interstitiel, c'est-à-dire siégeant seulement dans les travées conjonctives. Au contraire, l'emphysème sera alvéolaire dans les cas d'enfants ayant vécu. Dans quelques cas cependant, on trouvera de l'emphysème alvéolaire chez les mort-nés ; mais alors cet emphysème sera très inégalement réparti et ne permettra pas l'erreur. Ainsi la docimasie pulmonaire histologique ne rencontre pas de sérieuse objection. Il serait donc à souhaiter que ce nouveau procédé vînt toujours éclaircir ou contrôler les résultats fournis par la vieille méthode de Galien.

A. R. SALAMO (de Paris).

BIBLIOGRAPHIE

La photothérapie, ses avantages dans le traitement du lupus vulgaire; par le Dr LÉON FRIEDMANN. (Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine. Un vol. in-8° raisin avec 24 figures : 3 fr.)

Dans une première partie, après un court chapitre d'historique, l'auteur donne une description très complète de l'appareil de Finsen et étudie l'action superficielle et profonde de la lumière sur les tissus normaux, puis sur les tissus pathologiques, en particulier les lupomes. Après avoir indiqué en détail la technique à suivre, il expose les résultats excellents de la méthode de Finsen.

Enfin, dans un dernier chapitre, on trouvera la description des différents appareils basés sur le même principe et qui ont été construits depuis ces dernières années.

Ce travail très documenté, accompagné d'une bibliographie très complète, s'adresse tout particulièrement au dermatologiste et au praticien et montre tous les avantages qu'on peut retirer de la méthode photothérapique, surtout en ce qui concerne le lupus vulgaire.

Jusqu'ici, en France nous ne possédions aucun ouvrage pratique de photothérapie, celui de M. Friedmann vient combler cette lacune et contribuera certainement à vulgariser chez nous une méthode qui a déjà fait ses preuves à l'étranger.

Rayons X et radiations diverses. Actions sur l'organisme ; par le Dr GUILLEMINOT. Un volume in-18 jésus, cart. toile de 320 p. avec 13 fig. dans le texte. (O. Doin et fils, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris).

Dans ce volume on trouvera concentrées toutes les notions physiques élémentaires pour comprendre ce que c'est qu'une radiation et interpréter l'action de l'énergie radiante sur la matière qui l'absorbe.

Toutes les radiations connues y sont passées en revue : rayons hertziens, infra-rouges, lumineux, ultra-violets, rayons X et rayons du radium.

Dans la première partie de l'ouvrage, qui traite de la production des radiations et de leurs propriétés physico-chimiques générales, l'auteur s'est surtout attaché à l'étude des radiations nouvelles.

Dans la seconde partie, consacrée à l'étude des actions biologiques des radiations, il a tout d'abord montré qu'il est nécessaire, pour juger de ces actions, de connaître, pour chaque espèce de rayonnement, la dose vraiment absorbée par les éléments organiques irradiés ; aussi une section importante est-elle réservée à l'étude des procédés de dosages. Ensuite, l'auteur étudie les actions des radiations sur les microorganismes, sur les plantes et sur les animaux. Il termine par un aperçu sur l'utilité des diverses radiations dans la thérapeutique humaine.

A ceux qui s'intéressent à la médecine, cet ouvrage apportera des notions précises sur ce qu'on peut attendre de la radiothérapie prise dans son sens le plus large. A ceux qui s'occupent de biologie générale, il donnera une vue synthétique des relations de l'énergie radiante avec les phénomènes vitaux et montrera à travers la complexité des faits particuliers une certaine unité d'action des diverses radiations riche de déductions théoriques et pratiques.

Les sutures vasculaires; par IMBERT, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine, et J. FIOLLE, chef de la clinique chirurgicale. 1 brochure gr. in-8° (n° 57 de l'*Œuvre médico-chirurgical*), avec 17 figures dans le texte (Masson et Cie, éditeurs) : 1 fr. 25.

Depuis les travaux retentissants de Carrel, la question des

sutures vasculaires est une de celles qui intéressent le plus les chirurgiens. L'*Œuvre médico-chirurgical* vient d'y consacrer une de ses monographies. En effet, il n'y a plus lieu d'envisager les sutures vasculaires comme des interventions de luxe, des procédés d'hémostase élégants mais scabreux, de vaines acrobaties opératoires. Ce sont, presque toujours, des interventions d'urgence. Elles sont devenues sinon tout à fait banales, du moins assez fréquentes. Dans ce travail, MM. Imbert et Fiolle étudient successivement : 1° l'anatomie et la physiologie pathologiques des vaisseaux à suturer ; 2° les indications ; 3° l'instrumentation et la technique ; 4° les résultats. Ils insistent beaucoup sur la simplicité de la technique, rapide, pratique, à la portée de tous les chirurgiens. Un grand nombre de figures viennent illustrer et éclairer les indications du manuel opératoire.

Après la lecture de cette monographie, on se rendra compte que la suture vasculaire est, dans la plupart des cas, facile, infiniment plus facile qu'on pourrait le croire *a priori*. Beaucoup seront surpris de la simplicité de la technique, qui abordaient le vaisseau avec les doutes sur le résultat, même sur le résultat immédiat. A ce titre, cette monographie rendra le plus grand service aux chirurgiens et aux praticiens.

L'alimentation salubre et économique ; par le Dr A. GODLEWSKI. (1 vol. in 12, de 250 p. chez Maloine, 1910.)

Encore un livre sur l'alimentation. C'était fatal et ce n'est pas fini. Il n'est pas moins curieux et utile de connaître les conceptions des uns et des autres sur un sujet qui est loin d'être épuisé. On trouvera dans le livre de M. Godlewski d'utiles renseignements, voire même un aperçu philosophique sur l'*hygiène alimentaire*, les *aliments*, la *ration alimentaire*, les *substances minérales*. La 2e partie traite des *aliments usuels* (boissons, fruits, viandes, légumes, etc.). La 3e partie s'occupe de l'*alimentation malsaine*, des *régimes*, de l'*hygiène des voies digestives*, de *la vie à la campagne*. L'auteur conclut à la nécessité d'enseigner l'hygiène alimentaire et je l'approuve pleinement. Dans l'ensemble il a fait œuvre utile, et son livre mérite l'attention des praticiens.

C.

Les aliments usuels ; par Alfred MARTINET (1 vol. de 352 p. (Chez Masson et Cie, 1910.)

C'est une 2e édition, revue et augmentée, se distinguant de la première en ce qu'elle est « farcie » de formules culinaires. La vérité, c'est que tous les livres traitant de la diététique en deviennent farcis. et que les médecins français, après avoir dédaigné de descendre dans la cuisine, s'en donnent aujourd'hui à cœur joie, conformément d'ailleurs à notre tempérament national qui nous pousse très vite d'une extrémité à l'autre.

On fait bien d'ailleurs de remuer sans cesse toutes ces choses de la diététique pour les étudier davantage, car la mise au point est loin d'être faite, et les publications parues jusqu'ici, dans lesquelles chaque auteur tient à apporter des conceptions diététiques personnelles, mais surtout théoriques, ne sont guère que des contributions dont la résultante définitive et vraiment utile apparaîtra plus tard.

Pour le moment, le praticien ne tire pas moindre profit de ce qu'on peut lui écrire sur les aliments en général et en particulier. C'est lui permettre, en éveillant son attention, d'appliquer dans la pratique les propositions qui lui sont faites, et de vérifier ce qu'elles peuvent avoir de permanent. A ce point de vue, *Les Aliments usuels* est un livre qui grossit utilement la bibliothèque diététique.

C.

Comment dépister rapidement les fraudes alimentaires ; par M. F. ROTHÉA, pharmacien-major. (Un in-18 cartonné, de 286 p. chez Doin, 1910.)

Ce petit livre vient à son temps, puisqu'on s'occupe, et il n'était que temps, de toutes les fraudes qui s'exercent dans tous les domaines, et d'une façon particulièrement dangereuse pour la santé publique, en matière d'alimentation. Les pharmaciens de l'armée se distinguent depuis longtemps par des travaux des plus utiles en chimie biologique ou alimentaire, et ils devraient sortir de leur modestie en publiant davantage.

Félicitons M. Rothéa de son initiative, en nous donnant les moyens rapides et les plus pratiques pour déceler les fraudes et les falsifications et les impuretés chimiques de l'*eau*, du *vin*, de la *bière*, des *alcools*, du *lait*, du *beurre*, des *fromages*, etc., soit de toutes les boissons et denrées alimentaires. Ce livre est utile aux pharmaciens, aux chimistes, aux médecins.

C.

F DOFLEIN. **Lehrbuch der Protozœnkunde**. (1 vol. chez Fischer, à Iéna.)

Le professeur de zoologie de l'université de Munich vient d'écrire un traité remarquable ; c'est celui qui étudie les protozoaires, dont un certain nombre est considéré comme responsable de multiples affections humaines et animales. C'est à ce titre qu'il intéressera vivement les médecins et les vétérinaires, tout particulièrement dans les chapitres qui étudient l'hématozoaire du paludisme, les diverses trypanosomiases, les piroplasmoses, les amilidases diverses, intestinales et autres, etc. Ajoutons à l'importance des matières traitées, un luxe de figures dont les éditeurs étrangers ont le secret et qui animent et rendent d'une clarté remarquable l'exposé de nos connaissances sur les divers parasites envisagés. Le livre du Prof. Dufleins fera date assurément ; le succès qui l'attend sera des plus légitimes.

C. D.

Guide pratique du médecin inspecteur des écoles ; par le Docteur L. DUFESTEL. Médecin-Inspecteur des écoles de la ville de Paris, avec préface de M. le Dr LE GENDRE, ancien président de la Ligue de l'Hygiène scolaire. (Un volume in-18 jésus, cart. toile, de 230 pages, avec 19 fig. dans le texte. 3 fr. 50 ; chez Doin, à Paris.)

Au moment où les pouvoirs publics se préoccupent d'organiser l'inspection médicale des écoles dans toutes les communes de France, il était indispensable de montrer au médecin scolaire le rôle qu'il avait à remplir. C'est ce qu'à cherché à faire le Docteur L. DUFESTEL en écrivant le *Guide pratique du médecin-inspecteur des Ecoles*.

L'ouvrage est divisé en cinq parties : Dans la première l'auteur expose le but de l'inspection médicale et comment le médecin doit comprendre sa fonction.

La deuxième partie est consacrée à l'inspection des locaux et à la visite des classes.

Le Dr DUFESTEL dans la troisième partie décrit une question nouvelle en France : l'examen médical de l'enfant à l'école et l'établissement de la fiche sanitaire individuelle. Il montre comment cet examen peut se faire rapidement et utilement et quels bénéfices l'enfant peut en tirer. Les chapitres de la 4e partie sont consacrés à la prophylaxie des maladies contagieuses, à leur dépistage à l'école et aux moyens dont le médecin dispose pour les enrayer.

La cinquième partie traite les attributions secondaires du médecin-inspecteur, de la surveillance de l'éducation physique et de l'enseignement de l'hygiène aux maîtres et aux élèves.

Cet ouvrage. le premier en France sur ces questions, rendra d'utiles services aux médecins des écoles en leur montrant ce qu'ils ont à faire et comment ils peuvent faire. Il est des mieux travaillé, et nous félicitons sans réserves notre vaillant et sympathique confrère.

C.

Hygiène générale des villes et des agglomérations communales, 12e fascicule du *Traité d'hygiène*. Brouardel et Mosny, puis Chantemesse et Mosny), par MM. E. MACÉ, A. BLUZET, Ed. IMBEAUX et P. ADAM. (1 gros vol. de 712 p. chez Baillière et fils, 1910.)

Cette publication est précieuse et importante. On y trouvera tout ce qui concerne l'hygiène et la salubrité générales et particulières des villes, des habitations, des industries et commerces, des communes, ainsi que les lois et réglements ayant cours en la matière : bureaux d'hygiène, régimes spéciaux de certaines villes, établissements classés, etc. On lira avec le plus grand intérêt les influences de l'habitation, de l'alimentation, de l'eau, des industries diverses sur la santé, ainsi que les moyens généraux et spéciaux dont l'application s'impose dans tous les cas, mais surtout dans les grandes villes.

Des figures et des tableaux intercalés dans le texte facilitent l'étude de ce travail qui se montra aussi complet qu'il soit possible dans l'état actuel de la science de l'hygiène.

C.

Quoi qu'il en soit, les manifestations du *tabes dorsalis* tiennent une si large place dans la pathologie nerveuse (1), et nous avons vu si fréquemment — tant en ville que dans notre pratique hospitalière — la maladie de Duchenne même franchement ataxique, méconnue au profit d'affections diverses et inexistantes (algies neurasthéniques, gastro-entéropathies banales, névralgies intercostales, cruralites et sciatiques névralgiques, névritiques ou radiculitiques, rhumatisme musculaire etc. (2), qu'on ne saura jamais, croyons-nous, trop enrichir la neuropathologie en éléments de diagnostic propres à orienter le médecin non familiarisé avec la pratique neurologique, vers la précoce reconnaissance de cette redoutable affection.

Il convient d'autre part de ne pas perdre de vue que le tabès dorsal évolue parfois pendant de longues années avant de verser dans la phase d'ataxie (les grands incoordonnés sont assez rares aujourd'hui), ce qui peut rendre fort malaisée la tâche du clinicien.

Pour le radiologiste au contraire, ainsi que nous le montrerons dans un instant, la difficulté d'interprétation provenant de l'absence de phénomènes ataxiques spontanément décelables disparaît à peu près complètement.

Grâce, en effet, aux conditions toutes spéciales dans lesquelles il opère, le radiologiste voit l'incoordination s'objectiver de très bonne heure et à une époque où elle échappe encore entièrement au clinicien.

Aussi pensons-nous faire œuvre utile en décrivant ici quelques symptômes non encore signalés et dont le groupement constitue ce que nous appellerons le *syndrome radiologique du tabès dorsal*.

Qu'on nous permette toutefois, avant d'aborder notre exposé, d'ouvrir une parenthèse pour insister une fois de plus sur la haute importance de la recherche systématique des adultérations des cordons postérieurs de la moelle, dans tous les cas dont l'interprétation reste douteuse et qui paraissent, à quelque titre que ce soit, susceptibles de ressortir à ce processus.

Au demeurant, notre insistance n'aura pas été vaine, si le praticien qui nous aura lu, placé en face de ses névralgiques des membres inférieurs ou du thorax, de ses gastropathes, des sujets atteints de troubles de la marche, de l'équilibration, de la miction ou de la vue, de ceux enfin porteurs d'une arthropathie indolente, songeant plus fréquemment à l'éventualité possible d'un tabès, veut bien s'astreindre à en rechercher méthodiquement, chez tous ces malades, les diverses manifestations cliniques.

Pour le patient, le bénéfice ne sera pas minime puisque, la maladie reconnue de bonne heure, il deviendra bien souvent possible, à l'aide de la médication spécifique intensive instituée sans retard, de mettre ce dernier à l'abri des terribles complications artérielles (en particulier l'hémorragie cérébrale et la paralysie générale progressive) auxquelles l'eût exposé la libre évolution de son mal demeuré méconnu (3).

Abordons à présent l'étude de notre syndrome radiologique de la maladie de Duchenne.

Alors que le tabétique du début se comporte comme un sujet sain, aussi bien dans la station debout que dans la marche, l'incoordonné, au contraire, privé du *sens de l'activité musculaire*, ne pourra dans les mêmes conditions conserver son équilibre que par l'intervention de la *suppléance visuelle*.

C'est ce que familièrement l'on exprime en disant que *l'ataxique marche avec ses yeux.*

Si vous interrogez un de ces malades avant qu'il ne soit entré dans la période d'ataxie, il vous apprendra que sa gêne est modérée ou même nulle pendant le jour, mais que, dès la nuit tombée, grande est sa difficulté à se déplacer, pour gagner son lit par exemple, ou pour se mouvoir dans sa chambre en pleine obscurité.

Venez-vous à prier le patient de fermer ses paupières, vous le voyez aussitôt, tout contrôle visuel se trouvant aboli, décrire des oscillations déréglées, d'amplitude croissante et qui vont dangereusement compromettre la stabilité de son équilibre.

Or si l'on veut bien se rappeler que les examens médicaux se pratiquent habituellement au cours de la journée, on conviendra aisément que la mise en lumière de cet important symptôme révélateur (s. de Romberg) n'est possible en clinique, à la période où l'incoordination se cache, que si le praticien, ayant songé tout d'abord à l'éventualité de la *leucomyélite postérieure*, a pris soin de commander au patient d'occlure ses paupières (1).

Il y a donc là un véritable cercle vicieux : ou bien le praticien a su immédiatement orienter son diagnostic dans le sens de la sclérose des cordons postérieurs de la moelle et alors le signe de Romberg ne lui est pas indispensable pour affirmer la réalité de la maladie de Duchenne ; ou bien le premier interrogatoire du sujet n'a pas éveillé l'attention du clinicien vers la possibilité du tabès dorsal, et dans ce cas un des symptômes cardinaux de la maladie, et le plus objectif, lui échappe totalement et demeure pour lui lettre morte.

Pour le radiologiste, par contre, le problème se simplifie étrangement et la constatation d'une incoordination naissante, et cliniquement insoupçonnable à première vue, n'exige pour lui aucun effort réel d'interprétation puisque *le seul fait de faire passer, sans transition, le patient, du grand jour du dehors à la presque obscurité de la salle des examens radioscopiques où il va se trouver démuni de ses indispensables repères visuels, objective instantanément le dérèglement discret de ses mouvements, la déséquilibration latente de sa démarche*, et mettant ainsi en pleine lumière une ataxie qui se dérobe, fait brusquement d'un sujet à progression et attitude jusque-là physiologiquement correctes, un incoordonné véritable.

Il y a plusieurs années déjà, alors que nous fréquentions, à Saint-Antoine, le service de notre maître le docteur Béclère, nous fûmes vivement frappé, à l'une de ses si instructives et si attachantes cliniques du samedi matin, par le fait d'un malade suspecté d'aortite chronique et radioscopé dans le but de déceler la lésion artérielle. En dehors de la chambre des examens radioscopiques, c'est-à-dire à la pleine lumière, ce malade se comportait d'une manière satisfaisante tant dans sa démarche que dans son attitude et ses mouvements ; intro-

(1) Notre statistique personnelle, portant sur 5.000 malades des diverses consultations de la Salpêtrière, nous fournit 262 tabétiques à manifestations cliniques variées (douleurs fulgurantes, crises gastriques, ataxie, cécité, arthropathies, etc.), soit *un peu plus de un tabétique pour vingt consultants.*

(2) Et nous ne faisons pas état des cas typiques d'arthropathies tabétiques du genou ou de la cheville faussement étiquetés entorses et soignés comme telles, avec quels décevants résultats thérapeutiques, on le devine sans peine.

(3) On admet universellement, aujourd'hui, avec Fournier, Raymond, Déjerine, Babinski, Mœbius, Erb, Strümpel, etc., l'origine spécifique du tabès et de la P. G., origine que seuls discutent encore les aliénistes, qui voient les paralytiques généraux à une époque avancée de leur affection, c'est-à-dire à un moment où les troubles de la mentalité enlèvent toute valeur aux dénégations du malade.

On sait d'ailleurs les bons effets, chez les tabétiques, du traitement mercuriel patiemment prolongé : et la *réaction bactériolytique de fixation du complément* est venue récemment apporter à ces vues une éclatante confirmation, en montrant constamment chez les ataxiques et les paralytiques généraux la déviation de l'alexine qui épuise son action sur les spirochètes envahisseurs.

(1) Il est absolument exceptionnel que le malade accuse de lui-même un tel symptôme, et l'œil du praticien averti décèle sans peine cette déséquilibration, bien avant que le sujet n'en ait conscience.

duit brusquement dans l'obscurité du laboratoire, il manifestait au contraire immédiatement par le dérèglement subit de ses mouvements pour se dévêtir, par son instabilité à se maintenir sur place, par l'incoordination de sa marche vers l'écran fluorescent, et enfin par les balancements désordonnés qu'il imprimait à l'écran au cours de l'examen radioscopique, la pénible situation où le plongeait la brutale privation de tout contrôle visuel.

Dès l'examen terminé, et aussitôt revenu au grand jour, cette incoordination, remarquable par son intensité, disparaissait comme par enchantement. Nous n'avons pas besoin de dire que dès lors notre diagnostic se trouvait fixé.

Depuis cette époque nous recherchons systématiquement ce symptôme chez tous nos malades, suspects ou non de tabès, et à plusieurs reprises nous avons été assez heureux pour dépister de la sorte une incoordination naissante.

Démarche devenant brusquement incoordonnée dès l'entrée dans la salle obscure des examens, gestes maladroits du sujet qui se dévêt, instabilité statique, progression déréglée pour gagner l'écran fluorescent, balancements désordonnés imprimés à cet écran par le patient qui s'appuie contre lui, cessation subite de l'incoordination dès le retour à la pleine lumière du jour.

Voilà donc déjà un faisceau de signes préalables réalisant ce que nous appellerons les *petits signes radioscopiques du tabès*. Ces symptômes, éminemment objectifs, se révèlent au radiologue instantanément, avant toute investigation et sans qu'intervienne le moindre effort d'analyse, alors qu'en clinique, à cette période peu avancée de la maladie, ils demeurent spontanément insoupçonnables.

Abordons à présent l'étude de quelques importants symptômes radioscopiques, non encore décrits, croyons-nous, et qui vont constituer les éléments cardinaux de notre syndrome radiologique du tabès dorsal.

Moins précoces que les précédents, ils offrent cependant le mérite d'une grande objectivité, d'une constatation extrêmement aisée, et demeurent accessibles, dans le même temps, à tout un auditoire.



Fig. 1. — *Thorax d'ataxique vu de face.*

On note l'aplatissement de l'ombre profilée du diaphragme (hypotonie).
On constate également l'apparence affaissée du cœur gauche dont le contour est sensiblement rectiligne, avec disparition de sa courbure inférieure à son insertion sur le diaphragme (cœur en équerre).
Dans son ensemble, la radiographie prise en période d'apnée, manque de netteté. Cet aspect estompé prend ici la valeur d'un véritable symptôme, il est dû à l'état ataxique du patient qui n'a pu de ce fait conserver une immobilité complète.
Sujet à thorax volumineux (*diamètre* antéro-post., 26cent. au niveau du diaphragme. — *Position* : assis face au cliché. — *Distance* : 55 cent. — *Temps* : 50 secondes. — *Intensité* : 3 m. A. — *Ampoule* : Chabaud à iridium. — Spintermètre : 12 cent.— Bobine : grande self. à 40 cent., Interrupteur à gaz.

Examinons à l'écran fluorescent le thorax d'un sujet sain en lui commandant de respirer lentement et profondément : nous verrons les deux diaphragmes droit et gauche s'élever et s'abaisser synchroniquement, suivant une cadence régulière et un rythme parfait.

En outre, les points qui limitent l'incursion diaphragmatique, à l'inspiration comme à l'expiration, seront toujours sensiblement superposables d'un mouvement respiratoire à un autre.

Chez les emphysémateux, l'amplitude de l'expansion diaphragmatique, bien qu'amoindrie dans son ensemble, conservera néanmoins la régularité de son rythme.

Même constatation chez les bacillaires, etc.

Les pleurétiques unilatéraux, les sujets porteurs d'un hydrothorax pourront montrer une immobilité complète d'une des bases avec disparition du sinus costo-diaphragmatique, mais l'autre base jouera parfaitement, avec une amplitude des mouvements exagérée même ; de toutes façons, le rythme respiratoire demeurera satisfaisant, le profil diaphragmatique aura conservé la pureté de ses lignes; enfin deux inspirations et expirations successives resteront toujours superposables.

Pour l'ataxique, rien de semblable : de même qu'il ne sait plus guider ses membres pour la marche ou la préhension des objets, *l'incoordonné ne sait plus respirer*, et l'image radioscopique revêt de ce fait, chez lui, une apparence typique absolument pathognomonique et tout à fait différente de celle que nous venons d'observer chez les autres sujets.

Le diaphragme du tabétique a perdu la régularité de son rythme et la synergie de ses mouvements, à la fois dans le temps et dans l'espace.

Sans rythme ni mesure, l'ataxique lance son diaphragme comme il lance ses jambes et le muscle se meut par ondulations irrégulières, par saccades, par soubresauts désordonnés : deux inspirations et expirations successives se déroulant en des temps inégaux et l'amplitude de l'incursion du muscle respiratoire n'étant jamais comparable à elle-même.

En outre, l'expansion de chacun des deux diaphragmes droit et gauche semble avoir perdu tout synchronisme avec celle de son répondant du côté opposé.

Cet *affolement du diaphragme* (1) s'accompagne enfin, lors de l'inspiration, d'*un aplatissement exagéré du*

FIG. 2—. *Le même en position oblique antérieure droite de Beclère.*

On voit l'élargissement avec allongement et opacification de la portion ascendante de l'aorte (aortite chronique).
On note en outre l'affaissement du muscle cardiaque et l'aplatissement du diaphragme.
— *Sujet* à thorax volumineux (*diamètre* antéro-post. au niveau du diaphragme : 26 cent: — *Position* : assis en O. A. D. — *Temps de pose* : 50 secondes. — *Distance* : 55 centimètres.
Ampoule : Chabaud à iridium. — *Spintermètre* : 12 cent. — *Intensité* : 3 m. A.

(1) Un trouble aussi marqué de la fonction de ventilation pulmonaire rend compte de la fréquence des complications frappant l'arbre respiratoire chez le tabétique (tuberculose pulmonaire, pneumonie, broncho-pneumonie, etc.).

dôme de ce muscle par perte de son tonus, de son élasticité normale (hypotonie).

L'arythmie, l'asynergie, l'incoordination et l'hypotonie diaphragmatiques, telles que nous venons de les esquisser, s'exagèrent à l'occasion des grands mouvements inspiratoires et expiratoires, et elles acquièrent alors à l'écran un relief véritablement saisissant.

L'ombre cardiaque elle-même, en dehors de toute lésion valvulaire, semble participer à cette hypotonie de la fibre musculaire, son image perdant la courbe harmonieuse de ses contours pour prendre chez l'ataxique une *apparence anguleuse et affaissée* : c'est ce que nous appellerons *le cœur en équerre.*

Bien que la *radioscopie* ou la cinéma-radiographie soient seules capables de pleinement mettre en lumière cet ensemble de symptômes diaphragmatiques et cardiaques, la *radiographie* (1), rendue particulièrement difficile par l'instabilité statique du patient, peut encore permettre dans une faible mesure la reconnaissance tout au moins de l'hypotonie diaphragmatique et même cardiaque, ainsi qu'en font foi les radiographies qui accompagnent ce travail et qui sont relatives à un malade venu consulter à la Charité dans le service de notre maître, le docteur D. Labbé, pour des douleurs bilatérales qualifiées douleurs sciatiques.

Or chez ce malade nous avons retrouvé sans peine tous les éléments de notre syndrome radiologique du tabès dorsal tel que nous venons de le décrire. Un examen médical approfondi, ultérieurement pratiqué par nous, est d'ailleurs venu confirmer l'entière légitimité des déductions cliniques tirées par nous de la constatation de ce syndrome radiologique.

Ajoutons que la radiographie pratiquée en *position oblique antérieure droite de Béclère* révèle en outre l'existence d'un degré notable d'*aortite chronique* sans ectasie (fig. 2).

Les hasards de la clinique avaient, le même jour, amené à la consultation du service d'électrothérapie deux autres sujets, dont l'un se trouvait porteur d'une cruro-sciatique radiculaire bilatérale d'origine hérédo-spécifique, et dont l'autre était un polynévritique spécifique et grippal : chez ces deux malades, un début très discret de tabès dorsal pouvait se discuter, mais aucun phénomène d'incoordination, soit spontanée, soit provoquée, n'apparaissait et l'examen radioscopique est demeuré entièrement négatif.

Conclusions. — Au début de l'évolution du tabès dorsal, c'est-à-dire à une période de la maladie où l'incoordination se cache, le signe de Romberg, qui constitue le symptôme le plus objectif de cette affection, demeurera insoupçonné pour le clinicien s'il n'est pas recherché méthodiquement.

Le radiologiste au contraire, même s'il n'a pas, dès l'abord, songé à l'éventualité du tabès, verra pourtant l'incoordination lui apparaître spontanément, s'imposer à son esprit demesurément amplifiée aussitôt que le patient aura franchi le seuil du laboratoire et passé de la pleine lumière du dehors à l'obscurité de la salle des examens où il se trouvera brutalement privé de ses indispensables repères visuels.

Démarche devenant brusquement incoordonnée dès l'entrée dans la salle obscure des examens radioscopiques, gestes maladroits du sujet qui se devêt, instabilité statique, progression déréglée pour gagner l'écran fluorescent, balancements désordonnés imprimés à cet écran par le patient qui y prend point d'appui, enfin cessation subite de l'incoordination dès le retour à la pleine lumière du jour.

(1) Bienfait, de Liège, a signalé en 1909 un symptôme *radiographique* du tabès, consistant en un élargissement des mailles du tissu osseux avec exagération de la transparence des os. (Congrès de Mons, 1909).

Tels sont les petits signes radioscopiques de la maladie de Duchenne.

Plus tard, le tabès ayant poursuivi son évolution, la radioscopie viendra apporter une importante contribution au diagnostic de la maladie, en montrant, à l'occasion des grands mouvements respiratoires surtout, l'existence d'un ensemble de signes absolument caractéristiques et dont les éléments essentiels éminemment objectifs sont, d'une part, *l'arythmie, l'asynergie, l'incoordination* et *l'hypotonie diaphragmatiques* et de l'autre *l'hypotonie du muscle cardiaque* lui-même.

De cet exposé du syndrome radiologique de la leucomyélite postérieure, un double enseignement nous paraît se dégager.

C'est d'abord la nécessité, chez les incoordonnés, de ne plus se contenter désormais de la rééducation des muscles périphériques telle qu'elle est partout actuellement pratiquée, *mais d'y joindre la gymnastique rééducative du diaphragme* (1), de façon à faire bénéficier ces malades d'une ventilation pulmonaire satisfaisante, les mettant à même de lutter dans les meilleures conditions contre les funestes complications pulmonaires qui les guettent : tuberculose, broncho-pneumonie, etc.

C'est ensuite l'*extrême importance de l'examen radioscopique périodique, systématiquement pratiqué chez tous les syphilitiques,* non seulement parce qu'il permet de dépister à leur début l'aortite chronique et l'ectasie, mais encore parce qu'il peut puissamment faciliter le diagnostic précoce du tabès dorsal, permettant ainsi d'intervenir énergiquement et sans retard pour le plus grand bénéfice du patient.

L'on sait, en effet, les terribles désordres de nature ou tout au moins d'origine spécifique auxquels donnent trop souvent naissance la syphilis et le tabès : « l'*artérite chronique, mère de l'hémorragie cérébrale, et la paralysie générale progressive, fille de la syphilis encéphalo-méningée* » (P. Marie).

Séméiologie

L'albumino-réaction des crachats dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire en psychiatrie ;

Par le Dr Edmond CORNU (de Marseille).

Il est à peine besoin d'insister sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire dans les asiles puisque les aliénés, disent Marie et Violet (2), paieraient à cette maladie un tribut trois fois plus élevé que la population générale. L'alcoolisme, les conditions antérieures de l'existence, la maladie mentale et aussi l'encombrement hospitalier expliquent suffisamment ce regrettable privilège. D'autre part, le diagnostic précoce de cette affection rencontre des difficultés spéciales dans les asiles ; les malades sont souvent trop nombreux pour un seul médecin, pour la plupart ils ne se plaignent pas, n'accusent pas les premiers signes subjectifs et fréquemment, à cause de la diminution des réactions réflexes, vaso-motrices ou sudorales due à la torpeur des fonctions organiques, ils ne toussent pas ou peu, n'expectorent pas, et l'extériorisation elle-même de leur forme mentale ne variant pas, il arrive que l'attention n'est souvent éveillée qu'à l'apparition des symptômes objectifs tardifs. En outre, l'indoci-

(1) Méthode déjà si brillamment mise à profit par le Professeur Raymond dans le traitement de certaines manifestations névropathiques (hoquet hystérique).

(2) Marie et Violet. — La tuberculose dans les asiles, in *Arch. Neur.*, octobre-novembre 1906.

lité ou le défaut d'éducation respiratoire du malade prive l'auscultation de sa clarté décisive, et trop souvent, en somme, le diagnostic est fait de présomptions jusqu'au jour tardif où la réaction dysnéique et la fonte pulmonaire avec son hecticité font leur apparition.

Un moyen clinique de diagnostic précoce, facile et sûr, trouverait donc à souhait son application dans les asiles.

Avec un vif intérêt nous avions, dès sa publication, expérimenté sur 83 cas la cuti-réaction et l'ophtalmo-réaction (1) à la tuberculine, qui semblaient répondre à ce besoin d'un procédé simple et objectif. La réaction est parfois très légère, sujette à interprétation ; le procédé, quoique simple et apparemment sans danger, est quelquefois refusé par le malade, et les résultats d'autre part nous ont paru assez infidèles.

Parmi les autres moyens d'investigation simples, commodes et objectifs proprement dits, nous expérimentons encore l'uro-réaction ou degré de persistance de l'acidité urinaire chez les tuberculeux. D'autre part à la suite des résultats publiés par MM. Roger et Levy-Valensi (2), Roger (3), Oddo et Gachet (4), nous avons essayé sur 54 cas l'albumino réaction des crachats d'après la méthode indiquée par M. Roger. Pour ces auteurs, il y aurait toujours de l'albumine dans les crachats tuberculeux, quelles que soient les formes de tuberculose ; seules les bronchites liées à un état albuminurique ou cardiaque présenteraient la même réaction. L'élimination de ces cas est facile et en résumé l'absence de l'albumine permettrait de rejeter le diagnostic de tuberculose, et sa constatation nous mettrait en présence d'un bacillaire après élimination des cardiaques et des albuminuriques.

La technique est simple et facile. Les crachats sont délayés avec environ 50 p. 100 d'eau et additionnés de quelques gouttes d'acide acétique pour coaguler la mucine, puis agités fortement dans un tube à essai ; on filtre — opération qui demande parfois assez longtemps — et on recherche la présence de l'albumine par les procédés habituels, par la chaleur de préférence. M. Roger se servait d'abord d'une solution concentrée de ferrocyanure de potassium, mais il a donné sa préférence au procédé de recherche par la chaleur et c'est ce moyen dont nous nous sommes servis. Avant de chauffer on ajoute au liquide filtré environ 1/10 de son volume d'une solution saturée de sel marin ou de sulfate de soude pour faciliter et rendre plus évidente la coagulation. Le chauffage de la partie supérieure du mélange permet d'apercevoir distinctement le coagulum albumineux.

Pour dissocier le crachat parfois très épais et adhérent, le brassage dans le tube à essai nous a suffi, mais il est bon de songer à la dilacération plus facile par le brassage avec du verre pilé. — Une expectoration trop peu abondante donne une quantité de liquide bien restreinte et occupant seulement le fond d'un tube à essai ordinaire ; aussi pour faciliter l'examen, nous nous sommes procuré des tubes à essai longs et étroits.

L'examen s'est fait toujours dans les mêmes conditions et en éliminant, bien entendu, les crachats sanguinolents.

Nos recherches ont porté sur 54 malades et nous groupons les résultats de la façon suivante :

A. — Chez 24 malades l'albumino-réaction a été positive.

Sur ce nombre :

1° 20 étaient manifestement bacillaires, dont 7 à la période cavitaire, 7 à la période d'infiltration, 6 avec des lésions discrètes.

2° 3 étaient suspects aux moyens cliniques habituels avec bronchite à répétition, état général médiocre, anorexie, amaigrissement, mais la tuberculose était cliniquement difficile à affirmer au moment de l'examen.

Le diagnostic chimique témoigne donc peut-être là de sa sensibilité et de sa précocité, car, un de ces malades a présenté depuis l'examen des crachats une poussée congestive des sommets avec fièvre que nous eussions par ailleurs considérée comme une atteinte bacillaire. En serait-il de même du cas unique suivant, où la réaction a été positive à chacun des quatre examens que nous avons pratiqués sans qu'aucun symptôme ait fixé l'attention vers un syndrome bacillaire. Il s'agit d'un adulte ayant eu quelques poussées de bronchite diagnostiquée banale, quelques atteintes de rhumatisme articulaire aigu et présentant un léger souffle systolique doux de la pointe. Comme d'autre part ce sujet présente une douleur rhumatoïde localisée et récidivante du genou, faut-il voir dans la réaction positive un argument en faveur du rhumatisme tuberculeux (?) ou une transsudation albumineuse liée à l'état cardiaque ou à la poussée rhumatismale récente ? Nous ajoutons que les urines ne contenaient pas d'albumine, ce qui a d'ailleurs été la règle, sauf chez 3 tuberculeux cavitaires.

Y aurait-il là une sorte d'exsudation albuminurique pré-tuberculeuse que l'évolution permettra de connaître, ou une exception dont la recherche dans les cas semblables et la connaissance donnera à la méthode sa vraie valeur ?

B. — Chez 26 malades l'albumino-réaction a été négative.

De ce nombre 10 paraissaient cliniquement sains et 16 avaient de la bronchite simple, aiguë ou chronique avec emphysème ou catarrhe, mais chez aucun l'examen général ou local ne nous avait fait penser à la tuberculose.

Nous avons pratiqué à plusieurs intervalles pour la plupart de nos malades l'albumino-réaction et nous avons constaté qu'un malade avait eu une réaction positive le 13 décembre 1909 et une réaciton négative le 5 janvier 1910. Nous devons ajouter qu'à cette dernière date il nous a paru guéri d'une bronchite des sommets diagnostiquée telle avant le 13 décembre et traitée entre autres par les pointes de feu ; ce fait pourrait indiquer que l'amélioration modifie rapidement la teneur de l'exsudat et prouver que l'albumine est fonction de la tuberculose.

En somme nous avons constaté une réaction positive sur 20 cas de tuberculose pulmonaire diagnostiquée et sur 3 cas préalablement jugés suspects. Une réaction négative au contraire a été de règle chez des sujets sains et chez ceux atteints de bronchite présumée simple d'après notre examen.

Sauf dans un cas peut-être provisoire ou à évolution mal connue, l'exsudation albumineuse semble donc symptomatique de la tuberculose. Sa présence paraît contrôler les aperçus de la clinique dans les cas douteux ou suspects (bronchite chronique avec emphysème, lésions limitées), et des recherches nouvelles pour ce groupe et surtout le contrôle donné par l'évolution apporteront une clarté décisive à cette méthode. Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter sur d'autres affections aiguës du poumon (broncho-pneumonie, pneumonie, pleurésies à épanchement) ; peut-être l'exsudation se produit-elle, mais cette exception concerne des affections qui retien-

(1) Cornu. — Cuti-réaction et ophtalmo-réaction, in *Annales méd.-psych.*, mars-avril 1908.
(2) Analyse chimique des expectorations. *Société médicale des hôpitaux*, 23 juillet 1909.
(3) Albumino-réaction des crachats tuberculeux. *Ibidem*, 15 octobre 1909.
(4) *Comité médical de Marseille*, 26 novembre 1909.

nent longtemps l'attention, sont d'autre part diagnostiquables, et la méthode conserve par ailleurs une large marge d'utilité, sans oublier que la persistance de la réaction positive dans une convalescence traînante ou douteuse peut constituer une indication précieuse.

Ces résultats confirment ceux publiés par les auteurs cités : en dehors d'une complication cardiaque ou rénale, l'albumine semble donc être de règle dans les cas de tuberculose et son absence permettrait de rejeter ce diagnostic. Dans 200 cas de tuberculose, M. Roger a trouvé la réaction positive et M. Oddo, qui a bien voulu nous communiquer ses résultats, a constaté un coagulum albumineux chez 29 tuberculeux à des périodes diverses de la maladie. Sur ce nombre, 6 fois l'examen bactériologique des crachats avait été négatif.

Il semble donc qu'aux formules clinique, anatomique, hématologique, bactériologique doive s'ajouter une formule chimique de valeur comparable, dont le procédé est simple et tout à fait à la portée du praticien.

Cette considération nous a fait arrêter seulement à l'examen qualitatif. M. Oddo a pu pratiquer l'analyse quantitative des diverses sortes d'albumines ; il a vu le taux varier de 1 gr.5 à 4 grammes par litre, et pour cet auteur la proportion de globuline s'élèverait avec la gravité des cas. Il peut certainement y avoir là une question intéressante de pronostic, mais sa solution s'éloigne du procédé simple à la portée du praticien. Il nous a simplement paru que le coagulum albumineux était plus rapide et plus dense dans les formes de tuberculose à marche rapide.

BULLETIN DU *PROGRÈS MEDICAL*

Les Congrès

Ainsi nous sortons du *Congrès de physiothèrapie*, pour entrer dans le *Congrès des praticiens*, en passant par le *Congrès des sociétés savantes*. S'il est indiscutable que les congrès se suivent, il pourrait paraître peu aimable, en l'occurrence, d'affirmer qu'ils se ressemblent ou même qu'ils ne se ressemblent pas.

D'ailleurs, les Congrès en général peuvent être vaguement comparés à certains corps constitués (admettons, pour égarer les imaginations, qu'il s'agisse du grand conseil de l'Amirauté ou des Ponts et Chaussées), dont chaque membre, si vous le rencontrez seul, vous apparaîtra comme une unité autonome, remplie de bienveillance et même de charmes, tandis que la somme de ces mêmes individualités, isolément captivantes, si elles sont réunies autour d'un tapis vert, vous feraient fusiller sans phrases sans autre raison que l'esprit de corps, ou la prévention, ou la passion, ou la simple impression, c'ést-à-dire sans aucune raison.

Avec les congrès toutefois il en va moins brutalement. Qu'ils soient régionaux, nationaux ou internationaux, ce sont plutôt de bons enfants, à la bonhomie et aux habitudes toutes démocratiques, et qui ne demandent qu'à proliférer pacifiquement, pourvu qu'on leur laisse leurs prérogatives communes : réduction sur les chemins de fer, salmigondis de communications scientifiques et parascientifiques, peptonisés par des fêtes, des réceptions et des excursions, dont les dames ne sont pas exclues.

Au demeurant, les congrès ont de plus des conséquences précieuses : ils favorisent les rapports sociaux, arrondissent la méfiance des « grands » contre les « petits », et réciproquement. Pour ces raisons et pour d'autres, un congrès est devenu un mode bourgeois de socialité. Un congrès, même sans musique, adoucit le plus souvent les mœurs. Un médecin qui s'adonne aux congrès ne songe pas au crime.

***

Que vaut un congrès individuellement ? La mesure d'appréciation varie naturellement suivant les cas. Ainsi, voyez le *Congrès de physiothérapie* ! On ne peut nier qu'il n'ait eu grand succès. Je veux bien qu'avec de tels organisateurs et sous de tels patronages et sans omettre le substantiel appoint du gouvernement, ce 3e congrès international ne pouvait pas ne pas réussir. Mais sa valeur intrinsèque a été grande. Il y a eu d'excellentes communications, et les services radiumthérapiques et radiologiques de Paris ont largement soutenu l'honneur de la science médicale française. De plus l'*Exposition du Congrès* a été un véritable clou, sans aller toutefois jusqu'à prétendre que les Nymphes thermales, un peu trop nues, surtout par le froid qui cinglait sous cette vaste tente à courants d'air, méritaient qu'on interrompît, pour leurs pâles yeux, la circulation publique.

Le *Congrès des sociétés savantes* que je n'ai pu suivre par manque d'ubiquité a dû être comme ses devanciers. On en était au 48e du même genre : à tel âge, la physionomie d'ensemble ne change guère.

Que sera le *Congrès des praticiens* ? On ne peut préjuger avant la clôture, si ce n'est qu'il sera ce que les organisateurs le feront. Nombre de questions peuvent y être traitées avec grand calme et pour le plus grand bien de tous. Ce qu'il importe pour notre bonne renommée, c'est que ces débats professionnels se maintiennent à une certaine élévation qui sied à des médecins parvenus à l'âge adulte, qui savent s'orienter à travers les excès de droite et de gauche, en cherchant de préférence, au nom de l'unité et de la bonne confraternité, au nom de la sagesse même, les solutions transactionnelles et amiables. CORNET.

REVUE DES JOURNAUX

La tache bleue congénitale mongolique.

Les nouveau-nés japonais, chinois, annamites, malais, polynésiens, portent presque constamment à la région sacrée une tache de coloration bleuâtre de la dimension moyenne d'une pièce de deux francs. Très visible dans les premières années, elle s'atténue ultérieurement et disparaît avant 8 à 10 ans. Cette tache, longtemps considérée comme spéciale aux races jaunes, et appelée pour cela tache mongolique, est susceptible d'apparaître exceptionnellement chez les enfants de la race blanche, en dehors de toute immixtion de sang jaune. Elle n'intéresse donc pas uniquement nos confrères exerçant dans les pays exotiques ; en France européenne, les médecins doivent aussi la connaître pour ne pas être ignorants d'elle si elle vient à leur observation et pour pouvoir annoncer aux parents la disparition spontanée de la tache avant la puberté, leur éviter des craintes vaines et ne pas leur conseiller des traitements intempestifs.

Outre ce point de vue d'application pratique immédiate, l'étude de la tache mongolique est intéressante en elle-même par les questions générales auxquelles elle apporte une contribution non négligeable. (APERT, *La Presse méd.*, 26 mars 1910, p. 209.)

Les fumeurs et la méningite cérébro-spinale.

Dans une collectivité où le nombre des fumeurs atteint la proportion de 94 % (fumeurs moyens 83,3 : petits fumeurs 9,4) %, les non-fumeurs, qui forment une toute petite minorité, sont frappés dans la proportion de 44,1 %. Ceux qui ne fument que par occasion le sont dans la proportion de 30,2 %. La confrontation de ces chiffres démontre clairement qu'en temps d'épidémie de méningite cérébro-spinale, la catégorie des fumeurs jouit d'une immunité relative. (De Kermabon, *Bulletin médical*, 1910, p, 227,)

Ependymite cérébrale aiguë.

Il s'agit d'un petit malade qui a succombé à une affection qui s'est présentée cliniquement avec des symptômes rappelant par certains points ceux d'une méningite. Mais un signe a donné au tableau clinique un aspect très particulier; c'est l'augmentation du volume de la tête, l'hydrocéphalie. Il s'agit, dans ce cas, d'une hydrocéphalie acquise. Les parents sont très affirmatifs à ce sujet. Le début de cette manifestation a été très nettement noté 1 mois et demi avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital. C'est même l'augmentation des diamètres du crâne qui donna tout d'abord l'alarme à l'entourage, alors que l'enfant se portait encore d'une façon satisfaisante, s'alimentait généralement bien et ne présentait comme autres symptômes que quelques vomissements et quelques mouvements convulsifs très légers des globes oculaires qui furent remarqués par la mère Cette hydrocéphalie se présentait vers la fin de la maladie avec élargissement transversal des diamètres craniens, élévation du front, tension extrême des fontanelles, particulièrement de la fontanelle antérieure qui faisait une saillie appréciable à la vue s'accompagnant de circulation collatérale.

L'évolution est aussi particulière à envisager ; il s'est écoulé une période presque latente, pendant près d'un mois et demi avant la phase terminale marquée par des symptômes dont la plupart sont ceux d'une méningite : vomissements (d'ailleurs peu fréquents) ; raideur de la nuque ; Kernig ; contractures musculaires ; phénomènes oculaires (strabisme) ; les troubles du pouls et de la respiration étaient particulièrement intenses.

L'absence de constipation et d'élévation de la température sont à noter.

Tous ces caractères montraient cliniquement qu'on n'était pas en présence d'une méningite banale. L'inflammation des méninges était démontrée par l'examen cytologique (polynucléose) et bactériologique du liquide céphalo-rachidien qui contenait en assez grande abondance un diplocoque prenant le Gram.

Elle n'était pas suffisante pour rendre compte de tous les phénomènes.

L'autopsie a montré qu'effectivement la méningite n'était que pour une part presque secondaire dans la production des symptômes observés pendant la vie. Le petit malade présentait avant tout, des symptômes cérébraux, et c'est à une affection cérébrale qu'il a succombé. Les méninges cérébrales sont absolument libres de lésions inflammatoires, même à la base. La méningite rachidienne est peu intense et ne répond pas à une inflammation aiguë.

Ce sont les lésions des ventricules cérébraux qui constituent nettement le fait le plus important. A l'autopsie, le liquide séro purulent s'échappe des ventricules par une fissure accidentelle avant qu'on ait sectionné les hémisphères. La dilatation des cavités est considérable ; elles sont remplies d'un liquide louche tenant en suspension des flocons fibrino-purulents assez concrets pour qu'on ait pu les fixer et les inclure ; la surface épendymaire apparaît avec un aspect très spécial. Elle est comme œdématiée, épaissie, d'une consistance gélatineuse, molle, d'une apparence veloutée, parsemée de petites taches blanches ou opalescentes. Cette membrane a tendance à se détacher et à se fissurer.

Un autre fait est important à préciser. C'est l'état des plexus choroïdes. Nous avons vu qu'ils étaient enchâssés dans un revêtement scléreux qui les isolait complètement de la grande cavité ventriculaire.

Certains auteurs, semblant envisager tout particulièrement les formations choroïdiennes dans les processus inflammatoires qui surviennent à l'intérieur des ventricules cérébraux, les dénomment méningites ventriculaires.

L'expression d'épendymite traduit mieux que toute autre la réalité des faits : l'inflammation des cavités cérébrales revêtues d'épithélium épendymaire, de même par exemple que celle de péricardite, indique l'inflammation de la cavité séreuse revêtue par le péricarde.

Cette observation peut être classée dans le groupe des HYDROCÉPHALIES AIGUES. (Pierre Merle et Weissenbagh. *Presse médicale*, 26 janvier 1910, page 57.) Dr Francis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars 1910.

La sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu. — M. G. *Rosenthal* vient exposer les résultats encourageants obtenus par l'emploi d'un sérum qu'il a préparé avec le bacille d'Achalme.

Ce sérum antirhumatismal agit essentiellement sur les manifestations viscérales de la maladie, les plus graves, comme chacun sait. Les récidives de la maladie peuvent être évitées par des injections espacées d'un Wright-vaccin.

Dactylites syphilitiques à forme de spina ventosa. — M. *Gaucher* en rapporte plusieurs observations. La maladie débute par une tuméfaction qui bientôt se ramollit, suppure, se fistulise. Le traitement mercuriel provoque une guérison rapide.

Parasitisme. — MM. *Railliet* et *Henry* rapportent l'observation d'une femme de 63 ans atteinte depuis quatre mois d'un prurit des plus violents, avec excoriations et croûtes sur toute l'étendue des téguments. La malade était dans un état inouï de misère et de malpropreté.

L'examen des croûtes y révéla la présence de toute une faune où dominaient des larves de puces ; mais il existait aussi des puces adultes, des poux de corps, et six espèces différentes d'acariens. C'est là un cas rare de pathologie humaine.

Des soins d'hygiène et une bonne alimentation suffirent à assurer la guérison. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mars 1910. Présidence de M. Boursier, président.

Sur le traitement de la tuberculose rénale. — M. *Hallopeau* a employé avec succès l'anylarsinate de soude à faible dose dans le traitement de la tuberculose des reins ; le médicament s'éliminant par l'urine s'accumule dans ces organes et y exerce une action curative.

Entéroscopie médicale (Présentation d'instruments). — M. *Kolbé* (de Châtel-Guyon) expose la technique endoscopique de la partie inférieure du gros intestin ; l'endoscopie intestinale devrait être connue et pratiquée par chaque praticien, car elle est très facile à faire et d'un grand secours pour le diagnostic et la thérapeutique locale de nombreuses colopathies.

Les traitements physiothérapiques dans les maladies de la nutrition, en particulier dans l'obésité. MM. *Laquerrière* et *Delherm* exposent la méthode du professeur Bergonié dans les maladies de la nutrition en particulier dans l'obésité. Les séances électriques, faites avec prudence au début peuvent atteindre dans la suite une durée de une heure par jour. On opère en plaçant les électrodes sur toute la surface du corps, et, en employant un courant approprié, on détermine pour ainsi dire sans sensation cutanée et sans inconvénient pour la santé générale des contractions énergiques de tous les muscles du corps. Les résultats sont excellents.

La désintoxication en ophtalmologie. — M. *Guelpa* a communiqué précédemment son observation où il relatait que, par la cure de désintoxication, il aurait guéri d'un état pénible des yeux qui l'empêchait de se livrer à la lecture pendant plus de 10 minutes. Il rapporte de nouveaux cas. Le Dr Leprince, de Bourges, a appliqué cette cure et a communiqué le résultat d'ensemble de vingt cas.

Dans treize observations, on peut faire trois groupes : l'un comprend 5 cas d'hémorragies oculaires avec 2 guérisons complètes, 3 grandes améliorations. Le 2e groupe est constitué par 2 cas de glaucome, dont un peu grave, guéri radicalement, et l'autre très amélioré, primitivement opéré d'iridectomie. Le dernier groupe comprend 6 cas qui avaient pour substratum le diabète suivis de 4 guérisons rapides et définitives. Les 2 cas restant ne sont qu'améliorés parce que les malades n'ont pas voulu se soumettre à la répétition et à la durée de la cure nécessaire. Ces résultats sont une démonstration convaincante de la cure de désintoxication.

Restaurations nasales. — M. E. ***Lagarde*** présente une série de projections de photographies de difformités nasales qu'il a restaurées par sa méthode des injections de paraffine froide ramollie sous pression, par d'autres procédés d'orthopédie nasale et par la combinaison de la prothèse paraffinique et de ces mêmes procédés. La technique est simple et l'innocuité de la méthode certaine, les résultats en sont excellents et durables. Cependant l'appropriation exacte de la paraffine à des cas variés, à l'état normal ou anormal de la peau, à sa laxité ou à sa rétraction, l'adjonction judicieuse d'une petite intervention chirurgicale préalable (débridements et ramollissement de cicatrices, résection endo-nasale osseuse ou cartilagineuse autoplasties, etc.), sont autant de facteurs qui mettent à contribution la prudence, l'expérience de l'opérateur et transforment en un résultat brillant une correction qui autrement pourrait n'être que banale et vulgaire.

Les obésités irréductibles. — ***M. Marcel Labbé.*** — Tandis qu'un obèse jeune ayant des organes sains maigrit presque mathématiquement sous l'influence de la diététique et de la kinésithérapie, il n'en est plus ainsi chez certains sujets atteints d'affections rénales et cardiaques. L'auteur cite 3 observations d'obèses, ayant des crises d'asystolie et d'urémie, chez lequels le traitement de l'obésité est resté sans résultat malgré qu'il fût longtemps prolongé. Ces 3 malades ne présentaient pourtant pas de rétention chlorurée. L'auteur explique ces obésités irréductibles par la diminution considérable des dépenses calorifiques de ces sujets dont la peau reste en général froide et cyanosée.

M. ***Chassevant***. — L'intéressante communication de M. Marcel Labbé semble montrer que la rétention hydrique n'est pas en corrélation avec celle des chlorures, M. Chassevant demande à M. M. Labbé s'il a dosé l'apport et l'élimination des autres sels minéraux notamment des phosphates et de la potasse. M. Chassevant a observé que certains malades en imminence d'insuffisance cardiaque et rénale maigrissent lorsqu'on substitue à un régime lacto-végétarien réduit, un régime réduit de viande et de graisse à la condition de leur fournir en suffisance des phosphates et de la potasse. Beaucoup d'obèses voient l'amaigrissement suivre la suppression du pain dans leur alimentation et maigrissent sans fatigue corporelle ou intellectuelle à la condition de leur fournir des apports suffisants en sels minéraux notamment en phosphate et en potasse. Pour doser l'élimination du phosphore, il faut le rechercher non seulement dans les urines, mais aussi simultanément dans les fèces.

M. ***Marcel Labbé***. — On ne peut attribuer à une insuffisance de phosphore l'absence d'amaigrissement chez mes malades puisque le régime lacto-végétarien leur en apporte plus que le régime carné et que d'ailleurs, ils suivaient en dehors des crises d'urémie un régime mixte. En outre M. Marcel Labbé n'a jamais observé la fatigue intellectuelle pendant la cure de l'obésité, bien au contraire, dès le début, le travail cérébral devient en général plus actif.

M. ***Georges Rosenthal*** par la méthode calorimétrique a pu perdre en 3 mois 17 kilog. Avec 30 calories par kilog, le poids reste stationnaire ; avec 28 calories, il y a amaigrissement, avec 32 calories, augmentation. La cure a consisté à prendre un régime d'environ 1500 calories pour un poids de 72 kilogs. Elle a amené une grande sensation de bien-être cérébral et a augmenté l'activité intellectuelle. Le seul point fâcheux est la persistance de souffrance de faim qui nécessite de temps à autre un repas moins sobre que le régime suivi régulièrement après la cure.

M. ***Guelpa***. — Il est utile, dans ce cas, de rétablir la statique en portant une ceinture abdominale.

La dyspepsie des utérines (Travail de candidature). — M. ***Salignat*** rapporte les résultats de 60 observations personnelles prises spécialement dans le but d'élucider divers points encore obscurs de la dyspepsie des utérines. Il démontre qu'il s'agit le plus souvent de dyspepsies anciennes aggravées qu'il appelle dyspepsies mixtes, ou de dyspepsies primitives se manifestant pour la première fois à l'occasion d'une affection gynécologique. Par contre, les dyspepsies purement secondaires lui paraissent peu nombreuses. Les 3 grands symptômes gastriques paraissant relever plus directement des affections utéro-annexielles sont : la nausée, le vomissement et la gastralgie. Le traitement sera presque toujours double, s'adressant à la fois à l'utérus et au tube digestif (estomac et intestin).

Rapport de la Commission du prix Alfred Guillon. — M. ***Buret*** présente dans ce rapport des conclusions qui sont adoptées par la Société.

LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE

Paris, 29 mars-2 avril 1910.

Il y a quelque soixante ans, alors qu'obscur praticien, l'immortel Duchenne de Boulogne, sa modeste boîte faradique en main, parcourait les services de nos hôpitaux où un accueil un peu dédaigneux était le plus souvent la seule récompense de ses patients efforts de chercheur inconnu, à l'époque, disons-nous, où le précurseur et l'un des maîtres les plus incontestés de la Physiothérapie moderne luttait ainsi pour amasser les éléments de l'impérissable édifice qu'il rêvait d'élever à la gloire de l'électrologie médicale, bien téméraire il eût semblé de prédire l'essor prodigieux, la singulière fortune réservée par l'avenir à la thérapeutique physique, à cette importante branche de l'art de guérir qui, selon l'heureuse expression de M. le Pr Landouzy, s'offre à devenir le bras droit de la médecine.

Certes, loin de nous la pensée de voir dans la physiothérapie une conquête exclusivement moderne.

Comme l'a très justement écrit le Dr Albert-Weil : « profondes sont ses racines dans le passé », et si les pratiques physicothérapiques ont pu, au cours des âges, perdre droit de cité au point qu'il y a trois cents ans, devant l'Université, une thèse ait été soutenue sur la grave question de savoir si « l'usage du bain est nécessaire à l'homme », il ne serait pas moins d'une ingratitude notoire de systématiquement méconnaître les acquisitions de nos devanciers.

Déjà les Egyptiens, les Hébreux, les Grecs, les Romains, avaient songé à asservir les forces naturelles au profit de la thérapeutique, et la Rome des Césars dota jadis notre pays de ces thermes somptueux dont les imposants vestiges ont su défier l'injure des siècles

Aussi le mérite de nos savants modernes a-t-il été de perfectionner, de préciser, de codifier, bien plus que de créer, les applications médicales des diverses modalités physiques.

Au demeurant, la gloire d'avoir substitué la méthode scientifique à l'empirisme, qui pendant si longtemps avait régné sans partage, est-elle assez grande encore pour que — paraphrasant le mot du Dr Bergonié, l'éminent président de la section d'Electrologie du Congrès — nous puissions affirmer que jamais l'étoile de la Physiothérapie n'a monté si haut dans le ciel.

Le Congrès international qui vient de solennellement clore ses assises, comprenait deux parties bien distinctes : l'une réservée aux *Travaux scientifiques* (rapports et communications), l'autre à l'*Exposition*, véritable synthèse des méthodes de la physiothérapie, et où se trouvaient présentés les appareils les plus récents, relatifs aux applications des agents physiques.

A cette Exposition était annexée une forte intéressante *Rétrospective*.

L'étude des travaux du Congrès nous retiendra d'abord, puis nous dirons un mot des appareils présentés et qui constituent l'arsenal physiothérapique moderne.

I. Travaux du Congrès.

Les travaux du Congrès se trouvaient répartis sur 7 sections :

1re SECTION. KINÉSITHÉRAPIE (*mécanothérapie, massage, orthopédie, rééducation*).

Education de la fonction respiratoire dans l'état de maladie (*de Munter*, de Liège). — Inspirations lentes et profondes, expirations complètes : dans les deux temps, respiration exclusivement nasale.

Résultats : augmentation du poids, de l'appétit, de la taille (chez l'enfant).

Traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche (Pr *Kirmisson, Lorentz*). — Méthode de douceur : laisser 3 mois le membre en flexion-abduction avant de rechercher l'attitude normale.

Résultats : Si l'on est intervenu de bonne heure, entre 3 et 5 ans, le résultat est presque toujours très bon et même souvent parfait.

Traitement physique de la constipation habituelle (*Cautru*).

Technique : massage abdominal manuel dans le sens du côlon, puis gymnastique abdominale, mécanothérapie.

Kinésithérapie gynécologique (*Stapfer*).

Technique : abduction fémorale, circumduction des cuisses et respiration. Résultats : 70 % de succès contre les hémorrhagies. Bons résultats contre la cellulite et les adhérences périutérines.

2e SECTION. *Hydrothérapie. Thermothérapie.*

L'Hydrothérapie chez les neurasthéniques (*Sollier*).

Souvent utile, jamais indispensable, parfois nuisible. Ce n'est, en tout cas, qu'un adjuvant. On préfèrera l'eau chaude ou tiède à l'eau froide. Le mode d'application dépendra des symptômes dominants.

Contre l'insomnie et la céphalée, la douche tiède. PARISET traite l'insomnie par une douche sédative le soir, stimulante le matin. DERECQ conseille d'éviter toute réaction vive.

Thermothérapie et tension artérielle (*Pariset*).

Les bains chauds (vapeur, eau chaude, air chaud, lumière) agissent profondément sur la tension artérielle. Le bain de lumière abaisse la tension des hypertendus, il élève la tension des déprimés qui ne devront pas dépasser 10 minutes de séance ni attendre la sudation.

AMBLARD conseille de grandes précautions chez les hypertendus. On refusera ce traitement aux artérioscléreux arythmiques.

Thermothérapie locale dans les affections articulaires (*Durey*).

On utilisera soit le sable, soit les cataplasmes, les boues ou bien l'ambrine (résine) gardant longtemps sa chaleur, soit encore l'eau, ou la vapeur, enfin l'air (60 à 120°). Contre l'infection : compresses chaudes.

Contre la douleur, si elle est aiguë : bain de sable ; si elle est sourde et prolongée : douche de vapeur ou d'air chaud contre l'œdème, la douche d'air chaud à 110°, contre les infiltrations synoviales, bain d'air et douche de vapeur prolongée.

Dans le rhumatisme chronique déformant, peu de chose à espérer sauf contre l'élément douleur.

ROCHER considère l'air chaud comme utile pour accélérer la guérison des traumas portant sur les jointures (luxations, fractures, épanchements).

Thermothérapie dans la paralysie infantile (Pr *Bergonié*).

On sait que le membre paralysé est toujours refroidi par perte de sa tonicité musculaire et augmentation de sa surface de refroidissement (le volume diminuant).

Il y a donc le plus grand intérêt à réchauffer le membre paralysé : un tel but sera atteint en entourant la région malade d'une étoffe chauffée électriquement.

Ce procédé a donné à l'auteur des résultats très encourageants.

3e SECTION. (*Climathothérapie et Thalassothérapie*).

Action comparée de la montagne et de la mer (*W. Hugard, Londres*).

A la montagne l'air est raréfié, son humidité diminuée.

Au bord de la mer les conditions sont inverses.

Dans la tuberculose pulmonaire on évitera les vents âpres de Berck. Dans la tuberculose osseuse ou ganglionnaire Berck sera avantageux.

Mer et montagne (*G. Sardou*, de Nice).

Elles nécessitent un minimum de force du sujet.

La mer agit surtout sur l'appareil circulatoire central, la montagne sur la périphérie sensitive et vasculaire, on se décidera en s'inspirant des données cliniques.

Les cures forestières (*Mol*, Hollande).

La forêt est humide, elle est riche en ozone, ce grand destructeur des germes microbiens, d'où la pureté de l'air dans les régions boisées.

L'action sédative de la forêt sera surtout précieuse chez les nerveux.

Les cures forestières (*Lalesque*).

Les forêts de pins maritimes jouissent d'un air très pur, elles constituent un agent de protection contre les vents. On y enverra les coquelucheux (ozone), les bronchitiques chroniques.

Le terrain éréthique demeure la grande indication. Pour le même motif on écartera par contre les bacillaires lymphatiques.

La climatothérapie dans les affections cardio-vasculaires (Ch. *Laubry*).

On conseillera à tous les cardiopathes les altitudes faibles ou moyennes. La mer et la montagne ne peuvent être que des *climats de tolérance* (mot très juste, et qui restera, dit le Pr Huchard).

En tout cas exiger le repos absolu au moins jusqu'à l'acclimatement.

Pour les artério-scléreux, contre-indication, sauf au début de l'affection. Contre-indication également pour les asystoliques.

4e SECTION. (*Electrothérapie*).

Cette très importante section était présidée par le Pr Bergonié le maître actuel de l'électrologie clinique. Les travaux de la section ont été dominés par le magistral rapport du Pr Zimmern et Bordet sur la paralysie infantile et par le travail de Doyen sur la thermo-pénétration.

Effets thermiques produits par les courants de haute fréquence (*Nagelschmidt*, de Berlin).

Ces courants ne produisent aucun effet chimique, contrairement au courant continu ; ils échauffent la peau et aussi la masse des tissus sans dépenses de calories pour l'organisme (diathermie).

Action hypotensive et effets remarquables contre les névralgies.

Enfin action chirurgicale destructive contre le lupus et les tumeurs.

M. *Doyen* a fait sur le même sujet une importante communication (*traitement local des cancers accessibles pour l'action de la chaleur au-dessus de* 55°).

La fulguration est une mauvaise méthode, car l'énergie dépensée sous forme d'étincelles se trouve perdue pour l'action en profondeur.

Il faut substituer à la fulguration l'électro-coagulation thermique qui emploie les mêmes appareils, mais sous une plus basse tension, en rapprochant les pôles de l'éclateur et en augmentant le nombre des étincelles.

On obtient alors 10 ampères et plus et 3 millions de périodes avec des ondes ne dépassant pas 100 mètres de longueur (éclateur rotatif Ferrié).

La méthode est basée sur la découverte par Doyen de ce fait que les cellules néoplasiques périssent à une température plus basse que les cellules saines.

Suivant que l'on a à traiter de petites lésions ou des tumeurs énormes, on fait varier plus ou moins l'intensité et le temps d'application.

Les résultats sont excellents.

Le point essentiel est d'agir de bonne heure et avant l'envahissement ganglionnaire, car alors il est trop tard.

L'auteur va trop loin lorsqu'il affirme que, devant sa méthode, rayons X et radium doivent disparaître.

Ionisation destructive. Indications. Résultats. (Prof. ***Leduc***, de Nantes).

Dans le corps humain, le passage du courant électrique n'est qu'un double courant des ions; cations vers la cathode, anions vers l'anode.

Ce procédé destructif est applicable aux rétrécissements, aux chéloïdes, aux anthrax (ion zinc), aux fibromes.

Exercice électriquement provoqué. (***Laquerrière*** et ***Delherm***).

En applications générales, le courant faradique rythmé agira contre l'obésité (Bergonié), la diathèse urique.

En applications locales, on pourra faire travailler les muscles malades sans contractions des antagonistes (paralysies avec ou sans D. R., atrophies, impotences musculaires).

Rapport sur la paralysie infantile. Nécessité de son traitement électrique (P. ***Zimmern*** et ***Bordet***).

Depuis les leçons de Pierre Marie (1892), on admet l'origine infectieuse de la paralysie spinale infantile.

Récemment, Levaditi et Landsteiner ont transmis par inoculation la maladie au chimpanzé.

La propagation de l'infection se fait par voie sanguine et son début est marqué par l'existence d'un processus inflammatoire et vasculaire. Cette notion est importante, car d'elle devra dépendre la thérapeutique de la phase aiguë, l'atteinte des cellules antérieures de la moelle n'étant pas définitive d'emblée.

Indications à remplir. — Le massage a le tort de ne pas faire contracter le muscle, et les mouvements passifs ne sont pas meilleurs.

La galvanisation simple exige de hautes intensités.

Puisque la lésion est primitivement vasculaire, on agira sans attendre, contrairement à l'affirmation de Duchenne. On commencera donc le traitement dès le 15e jour.

Technique des applications.— Obtenir des muscles malades la contraction la plus voisine de la contraction physiologique. On s'adressera aux courants ondulés faradiques ou galvaniques suivant que les muscles répondent ou ne répondent pas à l'excitation faradique (1).

Large plaque indifférente au niveau du dos. Comme électrode active, un tampon promené sur les points moteurs.

La durée des séances sera longue, car il faut s'astreindre à faire travailler séparément chacun des muscles malades. On évitera avec soin d'exciter les antagonistes.

Durée et résultats du traitement. Le traitement devra durer des années. L'amélioration sera assez habituelle, la guérison fort rare. Le pronostic dépend de la gravité des lésions médullaires d'où l'importance capitale de l'*électro-diagnostic*.

Le Pr Zimmern insiste sur ce fait que ce n'est pas la constatation de telle ou telle formule électro-diagnostique à un moment donné qui règle le pronostic, mais bien l'amélioration ou l'aggravation progressive de cette même formule.

En terminant, leur remarquable travail MM. Zimmern et Bordet font des vœux pour la création dans chaque centre, à l'usage des classes pauvres, d'un service spécial analogue au service des teigneux de Saint-Louis ; muni des appareils électriques nécessaires il serait affecté au traitement de la paralysie infantile (2).

Vertige auriculaire et vertige voltaïque. (***Zimmern*** et ***Gendrau***).

Il y a parallélisme entre les troubles vertigineux de l'oreille et les anomalies du vertige voltaïque, ce qui prouve que l'action de l'électricité s'exerce bien sur l'appareil vestibulaire de l'oreille. Et, à l'encontre des auteurs qui dénient la valeur diagnostique du vertige voltaïque dans les otopathies, les auteurs apportent deux observations de malades atteintes d'otosclérose tympano-labyrinthique chez lesquelles, en dehors du vertige auriculaire, le vertige voltaïque fut anormal ; après 20 séances de courant continu, cessation des vertiges et retour à la formule voltaïque normale.

Appareil à courant faradique ondulé (***Zimmern*** et ***Zurchini***).

Cet appareil, transportable, à marche automatique, est destiné au traitement des atrophies musculaires, en particulier de la paralysie infantile légère.

Applications indolores. C'est l'appareil le plus parfait au point de vue de l'action trophique du courant rythmé.

L'ionisation dans les maladies des organes génito-urinaires. (***Denis Courtade***).

L'auteur insiste sur le traitement des cystites.

L'ionisation permet de faire pénétrer profondément le médicament employé dans les muqueuses, ce que ne peut pas faire le lavage.

Il a pu traiter ainsi six cas de cystite dont 3 tuberculeuses, deux médicamenteuses et une d'origne blennorrhagique.

Application thérapeutique locale des courants de haute fréquence en gynécologie (Dr ***Oudin***).

Bons effets dans la métrite gonococcique. La malade, 3 fois par semaine, est reliée à la terre par une poignée métallique.

Le col est effluvé pendant dix minutes à l'aide de l'électrode condensatrice, puis on crible d'étincelles avec un excitateur métallique dont l'extrémité seule dépasse un tube de verre épais (spéculum en bois ou porcelaine).

On obtient en un mois le retour à l'état normal, alors qu'il faut 2 mois par les pansements gynécologiques.

Bons effets dans les affections annexielles également, à l'aide d'une technique spéciale.

L'électro-diagnostic graphique (***Larat***).

Procédé inédit pour dépister le syndrome de la névrose traumatique. Le Dr Larat demande aux électriciens de confirmer les résultats de son expérimentation.

5e SECTION (*Radiothérapie. Radiumthérapie. Actinothérapie*).

Le président de cette section était le Dr Béclère, membre de l'Académie de médecine.

Radiothérapie dans les maladies de la moelle épinière. (***Beaujard***, de Paris, et ***Marinesco***, de Bucarest).

Amélioration dans tous les cas de syringomyélie, le premier phénomène constaté est le retour de la sensibilité au toucher.

Amélioration également dans la sclérose en plaques. Guérison complète et définitive dans un cas de pachyméningite traumatique. Prompte amélioration dans les maux de Pott anciens.

Absence habituelle de résultats sur les douleurs des tabétiques ; constatations encourageantes dans la spondylose.

Radiothérapie de la maladie de Basedow (***Schwarz***, de Vienne).

On sait qu'il s'agit ici d'uue hyposécrétion glandulaire, or on n'ignore pas que les rayons X sont capables d'amoindrir ces sécrétions. Sous l'influence de la radiothérapie on voit s'amender le syndrome basedowien (tachycardie, exophtalmie, amaigrissement, sueurs, etc).

[L'auteur paraît méconnaître les merveilleux résultats de la méthode de Babinski (salicylate de soude), lorsqu'il déclare que l'avantage demeure tout entier à la radiothérapie.

C'est d'ailleurs la seule critique générale que nous trouvions à formuler pour l'ensemble des travaux présentés au congrès : par suite d'une spécialisation à outrance, un certain nombre d'auteurs paraissent trop se désintéresser de tout ce qui ne relève pas de la branche particulière à laquelle ils ont consacré leurs efforts.

Contribution à l'étude du processus histologique par lequel les rayons X détruisent les épithéliomas malpighiens (***Clunet-Raulot-Lapointe***).

Traitement radiothérapique des tumeurs profondes (***Westerer***, de Maunheim).

Les meilleurs résultats sont obtenus sur les cancers glandu-

(1) Le Professeur Zimmern insiste avec raison sur ce point capital. On voit encore trop souvent les praticiens faire des applications de courant faradique sur des muscles en pleine réaction de dégénérescence et ne répondant pas à ce courant.

(2) Ce vœu d'une très haute portée morale et sociale fait le plus grand honneur à ses auteurs. C'est peut-être l'idée la plus utile qui se soit fait jour durant le Congrès international ; il mérite une réalisation complète et rapide.

laires et les cancers des muqueuses. Par contre, les cancers des muscles, des cartilages et des os sont difficilement modifiés.

Toujours irradier la plaie opératoire. Lorsqu'un cancer est inopérable, l'irradier dans l'espoir de le rendre opérable.

Dans le traitement des sarcomes, résultats contradictoires.

Bons résultats dans les cancers du sein à marche rapide et dans le mycosis fongoïde.

Effets merveilleux mais transitoires sur les tumeurs leucémiques. Bons effets dans la maladie de Banti.

Le fibrome utérin donne des résultats intéressants.

Employer toujours des rayons durs, en filtrant et changer souvent les points d'irradiation.

Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des tumeurs hypophysaires, du gigantisme et de l'acromégalie (*Béclère et Jaugeas*).

On interviendra par le traitement radiothérapique dans tous les cas montrant uniquement des symptômes locaux d'hypophysomégalie (hémianopsie latérale, crises de céphalée, etc.)

On n'interviendra dans les cas présentant des symptômes généraux que seulement à la période de début. La radiothérapie est en effet contre-indiquée à la phase de déchéance (mauvais état général, cachexie).

Traitement des angiomes et taches de vin par la radiothérapie (présentation de malades, *Albert Weil*).

Les nœvi plans sont les plus rebelles

Traitement des verrues par les rayons X (*Belot*).

Les verrues récentes sont les mieux influencées ; 4 suffisent avec des rayons n° 7.

Radiothérapie du goître exophtalmique (*Bergonié* et *Spéder*).

Une nouvelle indication pronostique au cours du traitement des leucémies myéloïdes par les rayons de Roëtgen (Drs *Béclère* et *H. Béclère*).

Mesure de la quantité des rayons X au moyen de l'électroscope (*Denis Courtade*)

A cet effet on mesure l'action ionisante produite par des rayons. L'étalon est l'action sur un électroscope à feuille d'or produite par un échantillon de radium.

Guérison persistante après plus de 4 ans de néoplasmes graves traités par la radiothérapie (*Bergonié*)

Contribution à la radiothérapie du fibrome (*Spéder*)

En 10 séances les règles disparaissent dans un cas et le fibrome s'abaisse de 5 travers de doigt.

Traitement des cancers profonds par le radium (*Dominici* et *Chéron*).

On utilise aujourd'hui les appareils à sel collé pour les applications superficielles suivant la méthode du feu croisé de Wickham et Degrais.

En outre, on filtre pour n'utiliser que le rayonnement ultra-pénétrant. L'appareil est placé dans les anfractuosités de la tumeur, ou introduit dans la profondeur à l'aide d'une intervention chirurgicale.

Lymphadénomes : effets rapides, filtre de plomb de 2 mm.

Lymphosarcomes : *idem*.

Sarcomes : résultats variables selon la formule cellulaire.

Cancers de l'utérus, du vagin, du rectum : bons effets.

Cancer du sein : introduire dans la tumeur des tubes radifères en argent.

Dans les cancers sous-cutanés et muqueux préférer les appareils à paroi continue (au lieu des ap. à sel collé) les effets sont plus rapides.

Action biologique comparée des radiations du radium et des radiations de Rœntgen (*Guilleminot*).

Les effets biologiques dépendent uniquement de la quantité absorbée. Il n'y a pas de spécificité. Les deux rayonnements se rapprochent par de nombreuses propriétés physiques communes.

Production artificielle des rayons actiniques et les indications générales de leur emploi thérapeutique (*Nogier*, de Lyon).

On réalise ces rayons par : 1° l'arc électrique ordinaire (Finsen, Marie, etc) ; 2° l'arc électrique riche en rayons ultra-violets (Strebel, Broca et Chatin, etc.) ; 3° l'effluve électrique (Leduc) ; 4° le tube de Geissler ; 5° la lampe à vapeur de mercure à paroi en verre ordinaire, en verre uviol, en quartz (Nagel-Schmidt, Kromayer) recouverte d'une lame de verre bleu foncé. C'est la meilleure source actinique.

A signaler le tube de Grisson donnant des rayons X n° 1 de l'échelle Wehnelt.

Applications générales : ralentis, obèses, goutteux, douloureux.

Applications locales : lupus tuberculeux, nœvi vasculaires, (guérison en 4 à 6 séances de 30 minutes), acnés, le lichen plan, alopécie en aires.

Les radiations lumineuses (*Foveau de Courmelles*).
La radiothérapie ultra-violette (*Bordier*).

6e SECTION. (*Crénothérapie* ; *médications hydro-minérales*).

Le rôle des eaux minérales dans la tuberculose pulmonaire *Cornet* (de Berlin).

Si anémie, eaux ferrugineuses ou arsenicales. Contre la scrofule : eaux chlorurées sodiques ou sulfureuses.

Catarrhe : respiratoire idem et aussi eaux arsenicales.

La tuberculose pulmonaire et les eaux minérales (*Cazaux* et *Schlemmer*).

S'il y a du diabète associé : Mont-Dore, La Bourboule.

Syphilis : Luchon.

Modifications apportées dans les propriétés thérapeutiques par la radioactivité (*Bardet*, de Paris).

Action sédative et résolutive sous forme de bains.

La balnéation chlorure sodique (*Lavergne*, Biarritz).

Effets résolutifs, toniques, sédatifs.

Scrofule, rachitisme, rhumatisme, goutte, obésité, affections gynécologiques.

Traitement hydro-minéral des affections de l'intestin (F. *Bernard*, Plombières).

Surtout Plombières et Châtel-Guyon (constipations, entérocolite, appendicite chronique, etc.

Fonctionnement de l'intestin dans les cures alcalines (*Parturier*, de Paris).

Un danger est la constipation ; on y palliera en refroidissant les eaux, en élevant leur minéralisation par adjonction de sel (Vichy).

7e SECTION (*Diététique*).

Traitement diététique et physicothérapie de l'obésité (Pr *Marcel Labbé*).

Pour faire maigrir les obèses il ne faut pas dépasser 1.500 calories comme ration quotidienne.

Réduire graisses et hydrates de carbone. Les boissons abondantes sont utiles.

Exercice modéré, progressif et régulier. Vie active au grand air. (L'auteur semble méconnaître les travaux du Pr Bergonié sur le traitement de l'obésité par l'électrothérapie).

Les cures de fruits (*Vallens*, de Lausanne).

Les raisins sont surtout à conseiller : action diurétique, anti-acide, laxative, artério-fermentative, action d'épargne, suractivation biliaire.

Faire prendre de kgrs de raisin par jour: Durée 2 à 3 semaines (arthritisme, artério-sclérose, néphrites, anémies, convalescents).

Déchloruration et rechloruration (Pr *Béco*. de Liège).

Dans les néphrites aiguës, supprimer complètement le sel. Le régime sera également appliqué aux cardiaques hypotendus et à certains artério-scléreux.

Communications de *Fiessinger*, *Grœdel* *M. Labbé*, *Weiss*, *Bordet*, *Morel*.

II. — L'Exposition.

Classe I.

Sanatoria (Leysin, Bligny, etc.)

Stations thermales (Vichy, Plombières, Vittel, Contrexéville, Pougues, etc.). Au stand des eaux d'Evian, un superbe panorama de la ville et du lac.

Classe II.

Appareillage physiothérapique.

Maison Gaiffe : matériel radiologique intensif à basse self.

Matériel d'électro-coagulation du Dr Doyen.

Pied support du Dr Belot.

Boîte transportable pour faradisation ondulée des Drs Zimmern et Zurchini.

Arthromoteur général du Dr Bidou.

Coquilles, poignées de protection du Dr A. Varet. Fixées sur l'écran, elles permettent, durant les examens radioscopiques, la protection efficace des mains de l'opérateur contre la morsure des rayons.

Maison Drault — Stèle intensive pour la radiologie. Cadre du Dr *Raulot-Lapointe*, etc., etc.

A signaler les remarquables écrans renforçateurs de la maison Watson, de Londres, raccourcissant notablement la pose sans nuire à la netteté des images.

Stérilisateur Nogier par la lampe à mercure en quartz.

Ampoules intensives à anticathode massive tout en platine de la *maison Thurneyssen.*

Classe III

Produits de régime.

Classe IV

Bibliographie.

Nous ne pouvons terminer cette rapide revue sans dire un mot des superbes clichés et épreuves radiographiques exposés par le Dr Béclère, le Dr Zimmern et Zurchini.

Les magnifiques planches murales de Dominici, Wickham et Degrais montrant les bons effets thérapeutiques du radium. etc.

La *Rétrospective* nous présentait la glorieuse bobine d'induction qui servit à Duchenne de Boulogne pour ses immortels travaux.

L'ampoule primitive construite par Oudin et à l'aide de laquelle furent exécutées ses premières radiographies. Les premiers appareils imaginés par le Pr d'Arsonval pour l'étude des courants de haute fréquence, etc.

En clôturant le 3e Congrès, le Pr Landouzy, après avoir, en termes éloquents, retracé le chemin parcouru et l'œuvre accomplie au cours de ces journées si bien employées, a annoncé que le 4e Congrès International de Physiothérapie tiendrait ses assises à Berlin, en 1912, sous la présidence du professeur His.

A. Varet.

ANALYSES

Contribution à l'étude de la cure de la sinusite maxillaire par voie nasale ; par Louis Vacher (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, octobre 1909.)

L'auteur rappelle d'abord qu'en 1900 déjà il exposait ce traitement des sinusites ethmoïdales et maxillaires par voie endonasale. Le procédé doit suffire si l'on a eu soin d'enlever toutes les racines des dents malades, de faire une brèche nasale très étendue, de curetter le plancher du sinus et d'en cautériser les parois. Il faudra aussi ménager le cornet inférieur dont la valeur fonctionnelle est incontestable. L'auteur conseille l'emploi d'un très large spéculum d'oreille à bord mousse pour ne pas léser la muqueuse : ainsi ouverte, la fosse nasale permettra l'introduction d'une couronne de trépan. La première couronne devra être appliquée à deux centimètres en arrière de l'échancrure nasale. Le tour électrique est d'un emploi excellent. La première rondelle enlevée on peut enfoncer sans danger la tréphine dans le sinus de 2 centimètres. A ce moment, on pourra sonder le sinus pour rechercher la position de l'angle supérieur. Ceci fait, on enlèvera toute la paroi inféro-interne du sinus. Mieux vaut ne pas faire usage d'adrénaline.

Le curettage n'est pas indispensable. L'opéré fera lui-même les irrigations aseptiques. Si la suppuration persistait, alors seulement, il y aurait lieu de curetter. Quant au plancher, dans tous les cas, il aura dû être curetté dès l'ouverture du sinus : c'est là en effet qu'est d'ordinaire l'origine de la sinusite.

L'anesthésie générale présentant trop d'inconvénients en regard de ses avantages, il vaut mieux utiliser la cocaïne. L'opération dure quelques minutes et n'entraîne aucune complication.

L'opéré fera matin et soir des irrigations modificatrices.

Deux points sont surtout à retenir : d'abord, l'emploi du large spéculum d'oreille qui donne un très vaste champ opératoire ; et la nécessité d'ouvrir le sinus jusqu'à l'angle supérieur.

Bien menée, cette opération permettra, dans bien des cas, d'éviter l'opération de Luc. A. R. Salamo (de Paris).

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de physiopathologie clinique, par le docteur Grasset. Tome 1er in-8 de 752 pages. (Coulet, éditeur à Montpellier 1910.)

Ce volume s'occupe des fonctions de réception, d'absorption, de circulation, d'élaboration et d'élimination de la matière. La pathologie générale a été diversement comprise : on l'a d'abord envisagée à un point de vue physiologique, puis à un point de vue anatomique : dans ce volume, l'auteur la considère à un point de vue physiologique.

Pour lui la pathologie générale devient l'étude du fonctionnement de l'homme à l'état normal et pathologique.

Le professeur de Montpellier, ayant divisé son enseignement de la pathologie générale en trois années, va donner trois volumes et celui-ci est le cours de la première année. En parcourant cet ouvrage, on ne peut s'empêcher d'apprécier la clarté de l'exposition, l'élégance du style et la profondeur des idées.

Le tome II s'occupera des fonctions de défense contre la maladie, et le tome III des fonctions de réception, d'élaboration et d'émission de l'énergie. Nul doute que ces volumes à venir n'aient le succès de celui-ci. P.-B.

Que faut-il manger ? par le Dr F. X. Gouraud. (1 vol. de 325 p. (Chez Jules Roussel, Paris, 1910.)

Ce manuel d'alimentation rationnelle, dû à M. F. X. Gouraud, ancien chef de Laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, ne peut être mieux présenté au public médical que par le professeur Armand Gautier, qui en a écrit la préface.

Au demeurant, il s'agit d'un travail concis, bien présenté, traitant de la plupart des aliments d'une façon pratique, et qui complète très heureusement la bibliographie diététique, d'où sincères félicitations à l'auteur. C.

Esquisses cliniques de physicothérapie ; par le Dr J. A. Rivière. Ouvrage in-8° jésus de 400 pages, 64 gravures. — Prix : 7 fr. 50. (A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris).

Rédigé pour les praticiens, d'une manière très méthodique, ce livre synthétise toute une existence vouée à la physicothérapie, dont l'auteur est le précurseur et le pionnier convaincu. Les onze premiers chapitres traitent de l'outillage thérapeutique pour les applications de l'électricité, de l'air, de la lumière, de l'eau, de la chaleur et du mouvement. Les quinze derniers traitent des maladies infantiles, de l'anémie, des états pulmonaires et cardiaques, de l'artério-sclérose, des affections du tube digestif, de la peau et de l'utérus. Un important chapitre est consacré à la physicothérapie du cancer. Le volume se termine par d'intéressantes considérations sur le moral dans les maladies.

L'ouvrage du Dr Rivière marquera sa place parmi les publications de l'heure présente consacrées à l'apologie de la thérapeutique naturelle. L'auteur a su y montrer éloquemment toutes les ressources que le médecin peut trouver dans les agents physiques, au grand bénéfice de sa clientèle journalière.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie générale

Contribution à l'étude des idiosyncrasies ;

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT
(de Poitiers).

Il est certains symptômes morbides qui de tous temps ont attiré l'attention des médecins précisément par leur étrangeté Aucune loi ne semble présider à leur apparition et, pour les expliquer, l'on est obligé de faire intervenir la constitution même du sujet, lequel présenterait des réactions toutes particulières vis-à-vis de certains facteurs qui laisseraient les autres indifférents. Ce sont les *idiosyncrasies*. Sans vouloir les énumérer toutes, car elles sont innombrables, rappelons ici celles que l'on a le plus souvent l'occasion de rencontrer en clinique.

Les *idiosyncrasies alimentaires* englobent les faits les plus frappants. Certains aliments non toxiques par eux-mêmes provoquent chez quelques sujets, toujours les mêmes, des désordres variés, parfois à allures graves. Il est d'observation vulgaire que certains *poissons*, certains *crustacés*, donnent lieu à des troubles digestifs plus ou moins marqués auxquels se joignent assez fréquemment des manifestations cutanées consistant le plus souvent en urticaire. Quelques personnes ne peuvent manger d'*œufs* sans être très sérieusement incommodées et présenter des vomissements, de la diarrhée, des douleurs abdominales, de l'urticaire, parfois des étouffements. Le *lait*, même de bonne qualité, a été accusé à juste titre de produire des accidents analogues. Chacun sait que les *fraises* donnent à certains sujets des indigestions et souvent de l'urticaire. La liste serait longue des divers aliments dont quelques personnes doivent s'abstenir sous peine de voir des accidents survenir, citons le *miel*, l'*avoine*, le *riz*, le *cacao*, les *châtaignes*, le *bouillon*, l'*oseille*, les *myrtilles*, etc., etc.

Les *idiosyncrasies cutanées* ne le cèdent en rien pour la fréquence aux précédentes. Il est des personnes qui présentent une susceptibilité exagérée au contact de certaines substances médicamenteuses, *térébenthine*, *benzine*, *iode*, *arnica*, les *antiseptiques*, *sublimé*, *salol*, *iodoforme*, etc. Ces diverses substances, dira-t-on, sont toujours plus ou moins irritantes, mais ces troubles peuvent succéder à l'application d'un simple *cataplasme de farine de lin*, au port de la *laine*, ou même se produisent par le simple contact du *lait* (1). Bien des *végétaux*, outre le lin, sont capables de produire chez les prédisposés de véritables dermatites citons les *primevères de Chine*, le *chanvre*, les *chrysanthèmes*, le *thuya*, le *rhus*, etc., etc. Dernièrement, on a décrit des troubles cutanés consécutifs au maniement du *bois satiné* (2). Quelques sujets sont d'une sensibilité toute spéciale vis-à-vis des *piqûres d'insectes* : puces, punaises moustiques, provoquent chez eux des réactions excessives.

Les *idiosyncrasies médicamenteuses* sont aussi d'observation courante ; nous avons déjà signalé l'action sur la peau de quelques substances employées dans un but thérapeutique : térébenthine, benzine, iode, etc. Nous n'insisterons pas sur les accidents que provoquent chez certaines personnes un grand nombre de médicaments administrés par la bouche : *quinine*, *antipyrine*, *iodures*, etc., tous les médicaments y passeraient.

Un dernier mot sur ce que l'on pourrait appeler les *idiosyncrasies olfactives*. Il n'est pas une odeur qui ne puisse susciter des réactions particulières. On ne compte plus les sujets qui ne peuvent supporter la présence de *fleurs à odeurs fortes* ; *oranger*, *seringa*, *roses*, *tubéreuses*. De l'urticaire, de l'asthme, parfois des évanouissements peuvent survenir dans ces conditions. L'odeur de l'*avoine*, du *lin*, des *fraises*, provoquent parfois des accidents analogues. Enfin, signalons la susceptibilité particulière de certaines personnes aux *poussières*, en particulier aux poussières *polliniques* qui produisent l'asthme des foins.

D'après le court exposé que nous venons de faire, on voit combien, à première vue, le groupe des idiosyncrasies apparaît composé de faits disparates, qu'aucun lien commun ne semble rattacher. A la réflexion, il ne semble pas impossible d'y introduire un peu d'ordre.

***

Plusieurs faits nous paraissent de nature à éclairer la question.

a) *Les idiosyncrasies sont presque toujours multiples chez le même sujet, presque toujours aussi celui-ci les tient de ses parents et les transmet à ses enfants.*

b) *Leurs expressions cliniques ne sont pas au fond aussi différentes qu'elles le sembleraient au premier abord. Il est facile de mettre en évidence un certain nombre de signes communs.*

c) *Elles s'associent presque toujours chez le même sujet ou dans sa famille à d'autres manifestations spéciales qui nous seront précieuses quand il s'agira d'interpréter les faits.*

La première de ces propositions a été établie tout récemment par M. Rapin (1). Plusieurs auteurs, en particulier Guéneau de Mussy, avaient attiré l'attention sur certaines associations morbides telles que asthme et urticaire, mais c'est le clinicien de Genève qui, dans un travail paru en 1908, admirable par la précision et la minutie des observations, a mis le fait hors de conteste.

Son mémoire, qui cependant fut analysé par plusieurs journaux, n'a suscité, croyons-nous, dans notre pays, aucun travail, ni de confirmation, ni d'infirmation. Et pourtant il renfermait une quantité d'observations qui établissaient avec une évidence indiscutable le lien héréditaire et familial qui réunissait les diverses idiosyncrasies.

Nous avons pu en l'espace d'un an réunir un grand nombre de faits semblables à ceux avancés par M. Rapin ; nous donnons ici les plus caractéristiques. Nous sommes persuadé que tout médecin qui voudra se donner la peine de se livrer aux mêmes recherches arrivera aux mêmes conclusions.

OBSERVATION I. — Madame S., âgée de 45 ans, que nous soignons depuis plusieurs années, présente de l'intolérance pour les *fraises*, les *œufs*, la *panade*, qui provoquent chez elle des crampes d'estomac parfois fort vives et, d'une façon inconstante, des vomissements et de la diarrhée. Elle n'a pas d'urticaire, mais la peau est sensible ; la *vaseline*, le *salol*, provoquent des érythèmes étendus : il en est de même de la *graine de lin* qui, appliquée sous forme de cataplasme, amène presque immédiatement une rubéfaction intense. Elle présente des règles très abondantes. Elle offre un certain degré d'obésité.

Ses antécédents sont très instructifs. Sa mère présente une intolérance pour les *fraises*, surtout les fraises de bois, qui lui donnent des crampes d'estomac et de la diarrhée ; les *œufs* ont déterminé chez elle parfois de véritables indigestions. Elle ne peut supporter la *laine* sur la peau qui provoque aussitôt rougeur et démangeaisons. Elle ne peut supporter non plus la *graine de lin* : ses sœurs présentaient cette même particularité, l'odeur même les incommodait beaucoup. Elle est d'une grande

(1) STEELE. — Dermatitis following local application of cow's milk, *Yale medical Journal*, novembre 1909.
(2) *Semaine Médicale*, 26 janvier 1910, p. 44.

(1) RAPIN. — Les angioneuroses familiales. Genève 1908.

sensibilité aux *médicaments*, l'*arsenic*, même à petite dose, lui donne immédiatement la diarrhée.

Cette dame a présenté depuis deux ans des signes de myœdème fruste. Bouffissure très prononcée des téguments sans godet au doigt, pas d'albumine. Frilosité excessive ; torpeur intellectuelle, perte de cheveux, douleurs articulaires sans déformations, psoriasis. La malade a été étonnamment améliorée par le traitement thyroïdien.

Les enfants de Mme S. présentent aussi diverses particularités Tous ont une susceptibilité pour la *graine de lin*, une intolérance pour la *panade*, même alors qu'ils sont tout jeunes. Un garçon de 20 ans présente des *éruptions fréquentes avec erythème et démangeaisons*. L'année dernière, il a eu au niveau de l'épaule et du poignet droit des *œdèmes aigus* de la peau et du tissu sous-cutané qui ont duré plusieurs jours. Ce garçon présenta il y a quelques semaines, à la suite de l'ingestion de deux cuillerées à bouche de *sirop de narcyl*, des maux de têtes atroces qui durèrent deux jours et des vomissements.

Une fille de 18 ans souffre de *migraines périodiques* et de *très vives coliques au moment de la menstruation*.

Un garçon de 5 ans a des *vomissements acétonémiques* ; une fille de 12 ans présenta, à la suite d'injections sous-cutanées de *cacodylate de soude*, des *indurations* au niveau des piqûres et des *érythèmes* ; la *magnésie calcinée* provoque chez elle, même à petites doses, des douleurs d'estomac et des vomissements. Un enfant est mort à l'âge de 7 ans, presque subitement, avec des symptômes d'asphyxie (ne l'ayant pas observé dans ses derniers moments, nous n'avons pu faire le diagnostic).

Observation II.— M. de B... est un type d'arthritique pléthorique. Il est en outre diabétique. Depuis de très nombreuses années, ce monsieur, dès que vient le printemps, est sujet à *l'asthme des foins* sous une forme particulièrement sévère : éternuements incessants, coryza, larmoiement, étouffements qui durent une partie de la nuit, les symptômes se prolongent plusieurs mois par an.

Après avoir mangé un *poisson* de conserve exotique, il fut pris, il y a 2 ans, d'une poussée *d'urticaire* avec *démangeaisons atroces*. Nous ne l'avons pas interrogé sur d'autres idiosyncrasies. Nous savons qu'il a souffert à plusieurs reprises de *douleurs rhumatismales* qui ne l'ont d'ailleurs pas immobilisé.

Sa fille présente, et surtout a présenté avant son mariage, des poussées *d'urticaire* survenant souvent sans cause apparente. Elle a eu un jour un *gonflement de la langue et de la gorge* tel qu'on craignit, paraît-il, qu'elle étouffât. Elle présente de l'intolérance pour les *fraises*, les *œufs*, ceux-ci provoquent chez elle des accidents menaçants, étouffements douleurs abdominales, diarrhée, urticaire. Elle est sujette à des *migraines très intenses*. L'ayant perdue de vue depuis deux ans, nous n'avons pu l'interroger au sujet d'autres idiosyncrasies. Nous savons qu'elle a un fils qui a eu pendant ses premiers mois un *eczéma* très rebelle.

Observation III.— Madame G. présente une sensibilité très vive à l'odeur de *certaines fleurs*. L'odeur de *seringa* lui donne immédiatement des nausées. Intolérance pour le *chocolat et le cacao*, qui lui pèsent sur l'estomac. Pas d'urticaire, mais souvent des *érythèmes avec démangeaisons*. Un jour, à la suite d'une application de *glycérine phéniquée*, elle présenta un eczéma intense de l'oreille et du nez. Elle se plaint d'une sensibilité extrême aux *piqûres d'insecte*. Elle a des *migraines atroces* qui durent plusieurs jours par mois et qui s'accompagnent de maux d'estomac, des crises de *névralgie de Morton*.

Sa mère, âgée de 70 ans, est très sensible à *l'odeur des fleurs* ; ne peut supporter ni le *vent*, ni le *soleil*. Elle a des poussées d'*eczéma*, se plaint de *lourdeurs d'estomac* à la suite d'ingestion de nombreux aliments. Elle a fréquemment des *migraines* très intenses, elle a aussi des *douleurs articulaires*.

Un fils de Madame G... âgé de 17 ans, a présenté déjà cinq crises *d'érythème scarlatiniforme* ; un autre frère, âgé de 10 ans, a eu des poussées d'*eczéma* qui ont cédé seulement au régime végétarien.

Observation IV.— Madame H., âgée de 35 ans, a de l'intolérance pour certains aliments : tous les *fruits crus*, mais en particulier les *fraises*, lui donnent des crampes d'estomac atroces et elle doit complètement s'en abstenir. Le *pâté de foie gras* à la dose d'une simple bouchée la rend malade pour plusieurs jours avec des crampes d'estomac et des vomissements. Idiosyncrasie particulière vis-à-vis de l'*eau* : celle-ci lui pèse sur l'estomac ; elle passe parfois des journées entières sans boire et ne dépasse jamais un verre à madère par repas. Ne peut supporter certaines *odeurs* de fleurs. Un jour, elle a eu un évanouissement prolongé pour avoir laissé dans sa chambre quelques *fleurs d'oranger*. Avant son mariage elle a eu des migraines *atroces* et de *vives douleurs au moment de la menstruation*.

Son fils, âgé de 4 ans, présente des poussées d'*urticaire* revenant périodiquement et a la même intolérance pour l'eau que sa mère.

Le père de Mme H. est *rhumatisant*, il ne présente pas d'idiosyncrasie (toutefois nous n'avons pu l'interroger nous-même et nous savons qu'en pareil cas les renseignements de seconde main sont sujets à caution). Un grand-père paternel serait mort étouffé (?) en quelques heures à la suite d'un mal de gorge. Le frère de son père a un petit garçon qui présente comme son propre fils des *poussées récidivantes d'urticaire*.

Nos observations, entièrement confirmatives de celles de M. Rapin, nous montrent d'une façon indiscutable, nous le croyons, que chez un même sujet les idiosyncrasies sont ordinairement multiples ; d'autre part que dans la grande majorité des cas il s'agit là de symptômes héréditaires et familiaux.

Nous allons maintenant chercher à établir que dans la symptomatologie des idiosyncrasies on retrouve bon nombre de manifestations communes. On peut distinguer en effet, comme expression de l'idiosyncrasie, des *signes locaux* et des *signes à distance*. Les signes locaux correspondent à l'action exercée localement par la substance, aliment, médicament, etc., vis-à-vis de laquelle l'organisme du sujet présente une sensibilité particulière. Ils sont variables suivant le point de pénétration de cette substance, mais les réactions paraissent être les mêmes pour chaque organe ou chaque tissu. Sur la peau, on notera de l'érythème accompagné ou non de prurit et d'œdème ; le tube digestif réagira par des douleurs plus ou moins vives qui s'accompagneront de vomissements et de diarrhée si l'intolérance est plus accentuée : parfois les symptômes se présenteront sous l'aspect de véritables crises gastro-intestinales.

La muqueuse nasale donnera de l'hypersécrétion, des éternuements.

Quant aux signes à distance, ils se manifesteront surtout sur le *système nerveux*, l'*appareil cutané*, les *voies respiratoires*.

Du côté du système nerveux, l'idiosyncrasie alimentaire ou olfactive pourra se traduire par des *migraines*, des *syncopes*, des *vomissements*, lesquels sont purement réflexes.

Les manifestations cutanées sont extrêmement fréquentes au cours des idiosyncrasies, quelle que soit leur origine. La plus caractéristique est l'*urticaire*. On sait combien elle se rencontre souvent à la suite de l'ingestion de certaines substances : œufs, crustacés, poissons, fraises, etc.

Se rattachant directement à l'urticaire et ayant la même signification, on voit se produire les *œdèmes aigüs de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des muqueuses*.

On peut observer encore des *érythèmes* variés, généralisés ou partiels, le plus souvent très *prurigineux*.

Du côté des voies respiratoires, on a signalé des *accès d'asthme* se produisant le plus souvent en même temps que les autres manifestations, pouvant les remplacer ou leur succéder.

Ordinairement, ces accès restent légers ; mais parfois par leur brusquerie et l'intensité de la dyspnée leur allure revêt des caractères inquiétants. On a été amené à se demander s'il ne s'agissait pas de manifestations analo-

gues à celles observées du côté de la peau et on a parlé d'*urticaire des bronches*. La chose ne paraît pas absurde puisque l'urticaire a été fréquemment observée au niveau des muqueuses buccales et pharyngées et que, d'autre part, on a pu constater du côté du *larynx* des œdèmes survenant brusquement et qui ont pu dans d'assez nombreux cas entraîner la mort.

Si nous remarquons que le tableau symptomatique que nous venons de tracer peut s'observer au cours d'idiosyncrasies pour des substances très diverses, œufs, moules, fraises, etc., pour certains médicaments, pour certaines odeurs même, nous sommes amenés à penser que les diverses idiosyncrasies ne sont pas si différentes les unes des autres dans leur expression clinique qu'il le semblerait au premier abord.

*
* *

Il nous reste à étudier les autres manifestations que l'on trouve chez les sujets affectés d'idiosyncrasies et auxquelles nous avons fait allusion au début de ce chapitre. Ici encore, c'est le travail de M. Rapin qui va nous guider.

La *migraine* est un de ces symptômes les plus constants. Elle peut s'observer sous la forme de migraine classique avec troubles digestifs. D'autres fois, il s'agit de céphalées, plus fréquentes chez la femme, très intenses au réveil, ne disparaissant parfois qu'après plusieurs heures. Tantôt c'est une lourdeur, tantôt ce sont des battements dans la région frontale et pariétale plus rarement dans la région occipitale. Dans toutes les observations que nous avons rapportées, les malades nous ont signalé des migraines particulièrement intenses.

L'*eczéma* apparaît comme un symptôme presqu'aussi fréquent ; il peut revêtir différentes formes ; bien souvent il doit être considéré comme un équivalent de l'urticaire, qu'il remplace ou qui lui succède chez le même sujet ou dans la même famille. Dans nos observations nous voyons signalé l'eczéma dans trois cas sur quatre. L'eczéma est souvent très prurigineux, il peut y avoir prurit sans eczéma.

L'*asthme* dit *essentiel* s'observe aussi, fréquemment associé aux idiosyncrasies en même temps qu'aux manifestations précédentes.

Parmi les autres signes, M. Rapin signale les *épistaxis à répétition*, les *crises d'éternuements*, la *dysménorrhée*, la *névralgie de Morton*.

Nous avons observé chez nos malades l'existence fréquente des *douleurs articulaires* ne s'accompagnant d'ailleurs pas de déformations.

Enfin tous ces sujets (et nos malades ne faisaient pas exception) présentent des signes de *nervosisme* non équivoques : mais ici il faut prendre le mot nervosisme dans le sens d'une excitabililité particulière du système nerveux, d'une aptitude à réagir plus vivement en face d'irritations minimes se produisant tant dans le domaine physique que moral.

Les idiosyncrasies nous étant maintenant mieux connues grâce aux notions que nous venons d'exposer, nous allons chercher à pénétrer le mécanisme des accidents auxquels elles donnent naissance.

*
* *

Il est une maladie que la médecine a créée de toutes pièces et qui rappelle étrangement le tableau symptomatique que nous décrivions tout à l'heure, si bien que si le mécanisme n'en avait été parfaitement précisé en ces dernières années, on n'aurait pas hésité à la ranger en bonne place dans le groupe des idiosyncrasies médicamenteuses, c'est la *maladie du sérum* (1).

Lorsqu'on injecte dans l'organisme humain un sérum étranger, généralement le sérum de cheval, on peut voir se produire un certain nombre d'accidents, dits accidents sériques. Ces accidents consistent : « dans un œdème souvent instantané pouvant envahir toute la moitié de l'abdomen correspondant au côté de la piqûre, dans des symptomes généraux qui apparaissent dans les heures qui suivent l'injection : nausées, vomissements, troubles circulatoires, avec pouls petit et rapide, troubles respiratoires avec dyspnée, douleurs généralisées avec myalgies et arthralgies, le tout s'accompagnant de grande fatigue, de dépression, de fièvre et disparaissant vers la sixième ou la quinzième heure. De plus, il y a des phénomènes tardifs qui apparaissent du 8e au 15e jour après l'injection, dans 14 à 20 °/₀ des cas, et qui consistent le plus souvent en éruptions, en douleurs articulaires et musculaires, en engorgement ganglionnaire : ces accidents s'accompagnent parfois d'œdème localisé et d'albuminurie (2). De tous ces accidents le plus fréquent est l'éruption, urticaire, le plus souvent, ou exanthème rubéoliforme ou même purpurique ».

On sait aujourd'hui que les accidents sériques sont une manifestation de l'*anaphylaxie* (Richet). On connaît en quoi consiste ce phénomène. « Lorsqu'on introduit dans l'organisme d'un animal par une autre voie que la voie intestinale une albumine étrangère, on voit au bout d'un certain nombre de jours apparaître chez lui une hypersensibilité spécifique vis-à-vis de cette albumine. Tout se passe lors d'une seconde injection faite après une certaine période d'incubation, comme si la substance injectée, inoffensive par elle-même à la dose employée était devenue toxique, car elle donne lieu à des phénomènes graves et souvent mortels » (3).

L'anaphylaxie ne se produit pas seulement à la suite des injections de sérum, mais elle peut s'observer à la suite de l'*ingestion de nombreuses albumines étrangères, animales, végétales ou bactériennes*.

Dès lors par le mécanisme de l'anaphylaxie s'expliquent tout naturellement un grand nombre de nos idiosyncrasies alimentaires : rentrent tout naturellement dans cette classe, ainsi que l'ont fait remarquer Ch. Richet et, plus récemment, MM. Lesné et Dreyfus, d'autres auteurs encore, les intoxications par les *œufs*, le *lait*, les *coquillages*, les *crustacés*, etc.

Mais nous connaissons maintenant les parentés étiologiques et cliniques des idiosyncrasies ; le mécanisme pathogénique qui vaut pour certaines ne pourrait-il s'appliquer à toutes ? Il faudrait pour cela considérer que toute substance étrangère à l'organisme et non plus seulement les albumines hétérogènes est capable de produire des accidents anaphylactiques. N'avons-nous pas vu au cours de notre étude certaines substances alimentaires, non albuminoïdes, certains médicaments, certaines odeurs, pouvant déterminer des troubles très voisins de ceux que l'on attribue à l'anaphylaxie la plus orthodoxe.

Mais alors même que l'anaphylaxie recevrait une extension plus grande, toute difficulté ne serait pas levée. On aurait bien une idée du mécanisme des accidents, mais il resterait à savoir pourquoi certaines substances

(1) LESNÉ et DREYFUS. — De l'anaphylaxie. *La Clinique*, 2 juillet 1909, p. 419.

(2) Les accidents sériques se produisent-ils chez les sujets présentant d'autres manifestations de la diathèse angioneurotique, la chose est probable ; il sera d'ailleurs facile de le vérifier.

(3) LESNÉ et DREYFUS. — *Loco citato*.

provoquent des troubles chez quelques sujets, alors que la majorité en restent toujours indemnes.

Force nous est donc de faire intervenir une *prédisposition spéciale*, un *terrain commun* qui permettra aux diverses manifestations qui ont fait l'objet de notre étude de se produire. Or, à cet état morbide constitutionnel nous avons donné le nom, dans un mémoire (1) paru il y a quelques mois, de *diathèse angioneurotique* (2). « La *diathèse angioneurotique*, disions-nous, est une prédisposition morbide *héréditaire et familiale* caractérisée par une *instabilité* (3) particulière de l'appareil vaso-moteur, qui rend celui-ci, chez les sujets qui en sont atteints, apte à répondre par des réactions excessives à des irritations qui chez d'autres resteraient sans effets. Son domaine est des plus étendus. Il comprend : des *troubles du côté de la peau* : *urticaire, œdèmes aigüs circonscrits, érythèmes divers*, auxquels s'ajoutent des manifestations nombreuses du côté des *muqueuses* et des *viscères* : *crises gastro-intestinales, idiosyncrasies alimentaires et médicamenteuses, hypersensibilité de la pituitaire aux odeurs, asthme des foins et asthme vrai, migraines*, etc. »

***

Quelle est la lésion anatomique ou le trouble fonctionnel qu'il faut faire intervenir pour expliquer ce trouble morbide : nous pensons que l'on peut avec quelque apparence de raison incriminer l'*appareil thyroïdien* (4). Voici en effet les arguments qui peuvent être présentés en faveur de cette hypothèse.

L'urticaire, les œdèmes transitoires ont été signalés (Léopol-Lévi et de Rotschild) (5) comme s'observant fréquemment au cours d'un vice de fonctionnement de l'appareil thyroïdien.

Les migraines, la dysménorrhée douloureuse, le rhumatisme chronique que l'on constate si fréquemment chez les malades présentant des idiosyncrasies (voir nos observations et celles de M. Rapin) sont très souvent en rapport avec un hypo-fonctionnement du corps thyroïde.

On a signalé pendant la grossesse la disparition de l'asthme, des migraines, de certaines idiosyncrasies alimentaires (Rapin). On sait qu'au cours de la grossesse il se fait, par suite de l'hyperfonctionnement, une véritable *autothérapie* thyroïdienne.

On connaît le rôle très important que joue l'appareil thyroïdien dans le métabolisme du calcium. Les expérences les plus probantes montrent le rôle de celui-ci dans la *fixation du calcium*. Or le calcium possède une fonction biologique modératrice continue. Chaque augmentation de concentration du calcium dans le protoplasma s'accompagne de dépression, alors que la diminution de concentration détermine des phénomènes d'excitation. Les sels de calcium diminuent la contractilité et l'irritabilité musculaires. Ils ont de même une action dépressive sur l'ensemble du système nerveux. Ne pourrait-on supposer en s'appuyant sur ces données expérimentales précises que sous l'influence d'une dystrophie thyroïdienne il se produit une diminution de la concentration du calcium dans les humeurs et qu'il en résulte une hyperexcitabilité particulière de l'appareil vaso-moteur donnant lieu sous l'influence d'une cause irritante minime, à des phénomènes angioneurotiques. En faveur de cette hypothèse parleraient les *bons effets du traitement par le chlorure de calcium* dans nombre de symptômes que nous avons vu relevant de l'angioneurose ou associés à elle, l'*urticaire*, le *prurit*, l'*eczéma*, les *migraines*. Enfin on connaît les beaux travaux de Netter sur la prévention par le chlorure de calcium, des *accidents sériques*.

En fait, l'*hypothyroïdie était très manifeste chez une des malades de notre observation I*. Elle fut remarquablement améliorée par le traitement thyroïdien. Nous n'avons pas eu l'occasion d'employer ce traitement chez nos autres malades.

Il serait prématuré de tirer des conclusions d'un nombre de faits encore restreints, mais nous croyons qu'il y a là une hypothèse intéressante à vérifier et qui mérite de susciter de nouveaux travaux. On voit l'importance pratique qui en découlerait pour le traitement de toute une série de symptômes morbides qui paraissent actuellement bien peu influencés par la thérapeutique.

***

Cherchons brièvement à résumer les points qui dans notre travail nous paraissent les plus dignes d'attention.

Les diverses idiosyncrasies doivent être considérées comme ayant un lien commun étiologique et clinique.

Il existe des sujets et des familles à idiosyncrasies ; celles-ci pouvant se présenter sous leurs diverses formes chez le même sujet et dans la même famille.

Les idiosyncrasies s'associent le plus souvent à des symptômes qui doivent être considérés comme ayant la même valeur pathogénique ; ce sont, outre l'urticaire, les œdèmes aigus de la peau et des muqueuses, l'asthme, qui font partie le plus souvent des symptômes de l'idiosyncrasie, les migraines, l'eczéma, le prurit, la dysménorrhée, certaines formes de rhumatisme chronique, et, symptôme banal mais constant, l'hypersensibilité nerveuse.

On est amené à admettre l'existence d'un terrain commun sur lequel germent toutes ces manifestations. C'est ce que dans un travail antérieur nous avons appelé la diathèse angioneurotique, indiquant par là que ces troubles étaient héréditaires et transmissibles et qu'ils avaient comme siège, pour la plupart, l'appareil vaso-moteur.

Il existe des présomptions en faveur de l'origine thyroïdienne des divers troubles relevant de la diathèse angioneurotique.

Pathogénie

La glycosurie dans la maladie de Basedow et l'hyperthyroïdie

Par Jacques PARISOT,
Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Nancy.

Il semble que, dans ces dernières années, surtout sous l'influence de faits anatomo-cliniques et expérimentaux, les notions que l'on possédait sur la pathogénie du diabète se soient modifiées et pour ainsi dire étendues. Alors que les théories incriminant soit des lésions nerveuses, hépatiques, pancréatiques, soit une insuffisance glycolytique des tissus, constituaient il y a peu de temps encore les conclusions pathogéniques générales du diabète humain, on tend actuellement, de plus en plus, à ne pas limi-

(1) Moriçhau-Beauchant. — La diathèse angioneurotique. *Archives médico-chirurgicales* du Poitou, décembre 1908.

(2) Nous avions modifié quelque peu la dénomination proposée par M. Rapin, d'angioneuroses familiales : mais nous ne faisions que reproduire, après les avoir nous-même vérifiées, les conceptions de l'éminent clinicien.

(3) Nous dirions plutôt aujourd'hui irritabilité.

(4) Nous désignons par là la glande thyroïde et les glandes parathyroïdes.

(5) Consulter les beaux travaux de ces auteurs sur la physiopathologie du corps thyroïde.

ter à ces facteurs, et surtout au pancréas, l'origine de ces perturbations, de ces perversions dans l'évolution de la matière sucrée. Divers auteurs ont montré, en effet, que certains diabètes, et plus souvent certaines glycosuries, pouvaient relever de troubles dans le fonctionnement normal de diverses glandes à sécrétion interne. Comme le dit M. Carnot (1) : « les glycosuries glandulaires ne sont pas uniquement d'origine pancréatique. Expérimentalement, elles peuvent être d'origine thyroïdienne, salivaire, surrénale, de même que, cliniquement, on connaît les glycosuries thyroïdienne, hypophysaire, hépatique, surrénale, etc. ». Les recherches faites dans ces dernières années ont, à ce point de vue, attiré plus particulièrement l'attention sur les surrénales et sur l'hypophyse.

Depuis que Blum, en 1901, montra qu'il se produit une glycosurie notable à la suite de l'injection d'extraits de surrénales, de nombreux auteurs confirmèrent ces premières expériences et mirent en évidence certains faits nouveaux qui constituent une preuve manifeste d'un rôle important joué par les capsules surrénales dans la régulation de la glycémie dans l'organisme.

Les recherches de Paton, de Frouin, de Mayer, de Zulzer ont prouvé qu'il existait entre le pancréas et les surrénales des relations importantes, si bien que, d'après ce dernier auteur, on pourrait considérer le diabète pancréatique comme un véritable diabète négatif, l'extirpation ou l'insuffisance du pancréas supprimant l'hormone qui contrebalance l'action de l'hormone surrénale. Mais, si l'on s'est particulièrement attaché à l'étude des glycosuries surrénaliennes expérimentales, par contre, comme le dit le professeur Lépine (2), l'anatomie pathologique du système chromaffine dans ses rapports avec le diabète est toute à faire, car on n'a pas encore sérieusement envisagé chez les diabétiques l'état des capsules surrénales. Quelques faits, purement cliniques, fort rares, ont cependant été signalés par Burghart, par Lépine (3) ; ils permettent de soupçonner l'existence d'un véritable diabète d'origine surrénale.

Ces difficultés que l'on rencontre dans l'interprétation des faits cliniques et expérimentaux lorsqu'on cherche à résoudre le problème des glycosuries surrénaliennes se retrouvent également lorsqu'on envisage la physiologie pathologique des diabètes d'origine hypophysaire.

On sait que l'on a souvent constaté, chez les sujets atteints d'affections diverses de la pituitaire, des troubles de la sécrétion urinaire : la polyurie simple ou diabète insipide d'une part, la glycosurie d'autre part. Cette dernière a été fréquemment signalée, depuis Lœb (1884), en coexistence avec les altérations les plus variées de la glande ; très fréquemment rencontrée dans l'acromégalie, puisque von Noorden avait désigné ce syndrome sous le nom d'*acromégalie-diabète*, elle a été également mise en évidence chez des sujets porteurs de lésions hypophysaires, en l'absence de tout symptôme caractéristique de la maladie de Marie. Par leur intensité, par leur persistance, ces glycosuries ont pu, dans nombre de cas, être considérées comme de véritables diabètes hypophysaires, et à ce point de vue, j'ai rapporté avec Lucien une observation typique (4).

Ces faits, quoique très brièvement résumés, sont suffisants pour montrer que diverses glandes à sécrétion interne sont capables d'intervenir dans la production de glycosuries, transitoires ou durables. Mais, si dans ces dernières années, l'attention a été plus particulièrement attirée à ce point de vue sur les surrénales et sur l'hypophyse, il est un autre organe glandulaire, la *thyroïde*, qui paraît capable de jouer également un rôle dans la pathogénie de certains diabètes. Des faits cliniques déjà nombreux, des données expérimentales, permettent, en effet, cette conclusion.

**

On a signalé, au cours d'affections diverses du corps thyroïde, la présence du sucre dans les urines. Si la plupart des observations se rapportent à des sujets atteints de *maladie de Basedow*, et ont engagé ainsi avec quelques autres faits à conclure que l'hyperthyroïdie entraîne la glycosurie, par contre il existe des cas bien établis de glycosurie chez les *myxœdémateux* : à peine, par conséquent, aborde-t-on l'étude de cette question que déjà se présentent les difficultés. A première vue, en effet, il semble impossible de donner de ces faits une solution, de dégager la pathogénie d'un symptôme, la glycosurie, observée au cours de deux états habituellement opposés : le basedowisme et le myxœdème.

J'envisagerai essentiellement ici les glycosuries que l'on peut rencontrer au cours de la maladie de Basedow et dans l'hyperthyroïdie expérimentale ou thérapeutique ; dans un travail ultérieur, j'étudierai les troubles de la glycémie, la glycosurie qu'il est possible de mettre en évidence dans l'insuffisance thyroïdienne typique ou fruste chez l'homme et chez l'animal. En me basant sur les notions acquises à ce sujet et sur les données que j'ai pu établir, je chercherai enfin à résoudre quelques points du problème pathogénique si obscur de ces glycosuries d'origine thyroïdienne.

D'une façon générale, on peut dire que la glycosurie est assez rare dans la *maladie de Basedow* ; Souques et Marinesco (1) (1897) ont pu en rassembler 26 observations, dont une personnelle ; Diénot (2), en 1898, en réunit 31 cas ; dans les recherches que j'ai faites à ce sujet, j'ai pu totaliser 46 observations bien établies. Dans beaucoup d'entre elles, il s'agit d'une glycosurie fugace, transitoire, ne dépassant pas 4 à 5 grammes de sucre au litre, le taux de l'urine des 24 heures restant normal. Par contre, il est un certain nombre de cas de *véritable diabète* dans lesquels le chiffre du sucre est non seulement élevé, atteignant 100, 200, 300 gr. par jour, mais s'accompagne également de signes de diabète, polyurie (jusqu'à 8 et 10 litres d'urine en 24 heures), polydipsie, polyphagie. Je citerai à titre d'exemple les faits rapportés par Bettmann (3), (140 gr. de sucre par jour), par Piéry (4), (210 gr.), par Wilks (5), (300 gr.), par Souques et Marinesco (330 gr.) ; les cas dans lesquels la glycosurie atteint 50 et 60 gr. sont plus fréquents (Dumontpallier, Gautier, Pitres, Koster, etc...). Plusieurs fois, l'évolution de ce diabète a été extrêmement grave, si bien que certains malades, basedowiens, ont succombé assez rapidement aux complications du diabète (tels les faits rapportés par Souques et Marinesco, Pitres, Launois, Manges, etc.).

La glycosurie a pu être observée dans quelques cas de *goitre* ; Boldt (6) a rapporté l'histoire d'un homme de soixante-dix ans, atteint d'un léger goitre qui, sous l'in-

(1) CARNOT. — Maladies des glandes salivaires et du pancréas. Traité de médecine, Brouardel, Gilbert, Thoinot, p. 106, 1908.
(2) LÉPINE. — Le diabète sucré. Paris, Alcan. 1909, pp. 294 et 455.
(3) LÉPINE. — Existe-t-il un diabète surrénal? *Province Médicale*, n° 23, 9 juin 1906 et le Diabète sucré, p. 446 et suiv.
(4) M. LUCIEN et PARISOT. — Tuberculose de l'hypophyse et diabète sucré. *Revue neurologique*, n° 15, 15 août 1909.

(1) SOUQUES et MARINESCO.— *Bulletin médical*, 15 juin 1897, p. 564.
(2) DIÉNOT. — Thèse de Lyon, 1898-99.
(3) BETTMANN — *Munch. med. Woch.*, 1896, 8 déc.
(4) PIÉRY. — *Lyon médical*, 1902.
(5) WILKS. — *Lancet*, 13 mars, 1875.
(6) BOLDT. — Glycosurie nach Kropfschwund. *Deutsch med. Woch.*, 1907, n° 2.

fluence de l'iodure de potassium, diminua notablement, en même temps qu'apparaissait la glycosurie, avec amaigrissement, tous symptômes qui cédèrent après suspension de la médication.

Bar et Daunay (1) ont publié l'observation d'une femme de 27 ans, enceinte de 6 mois, chez laquelle survint de la tachycardie avec hypertension artérielle, de l'hypertrophie du corps thyroïde, de l'albuminurie et une glycosurie notable ; ultérieurement, Bar, attirant de nouveau l'attention sur les relations qui peuvent exister, chez les femmes enceintes, entre la glycosurie et les troubles sécrétoires du corps thyroïde, considère qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, la glycosurie, trouble de nutrition voisin de l'albuminurie, ayant semblé être provoquée par l'hypertrophie thyroïdienne.

J'ai rapporté, récemment (2), l'histoire d'un jeune homme, atteint de maladie de Basedow fruste, présentant une *polyurie intense* (12 à 15 litres d'urine par 24 heures), n'ayant aucun symptôme de diabète sucré, absence de glycosurie, de polyphagie et des signes habituels de cette affection. Il ressentait seulement une soif intense et buvait de 15 à 20 litres de liquide par jour. Traité par l'hémato-éthyroïdine, en même temps que s'amendèrent les symptômes de goitre exophtalmique, s'atténua également la polyurie si bien que, au bout d'un mois environ de traitement, ce jeune homme n'urinait plus que 3 à 4 litres par vingt-quatre heures. Il est à remarquer que des médications diverses n'avaient, antérieurement, entraîné aucune amélioration de son état. Comme je l'ai dit, si on se base sur la coexistence, dans ce cas, du goitre exophtalmique et de la polyurie sans glycosurie, et d'autre part sur l'amélioration produite par le traitement « antithyroïdien », on peut songer à une relation entre ces deux affections et penser qu'à côté des diabètes sucrés, il peut y avoir des *diabètes insipides* dont l'origine thyroïdienne est possible. Le plus souvent, cependant, d'après les faits relatés, il s'agit de glycosurie, s'accompagnant ou non de polyurie.

On comprend que l'*épreuve de la glycosurie alimentaire* faite chez les basedowiens soit capable de fournir également des résultats intéressants. Pour von Noorden, on l'observe souvent, et c'est également la conclusion à laquelle en arrive Arndt (3). J'ai étudié la *capacité d'assimilation* de huit malades (7 femmes et 1 homme) atteints de goitre exopthalmique typique *pour les différents sucres*, glycose, lévulose, saccharose ; dans un cas seulement j'ai observé le passage d'une faible quantité de sucre dans les urines, quatre heures après l'absorption de 150 grs, de glycose ; chez les 7 autres sujets, la glycosurie ne s'est pas manifestée avec des doses de sucre devant être, normalement, retenues. Comme on le verra, le *facteur personnel* doit intervenir pour une part importante dans la pathogénie de ces glycosuries.

Il semble, en résumé, que la présence du sucre dans les urines se manifeste plus particulièrement chez les sujets atteints de goitre simple ou de goitre exophtalmique ; ces faits prennent une certaine importance lorsqu'on cherche à préciser quelle peut être l'origine, la *pathogénie de cette glycosurie.*

Il ressort de cette première série de documents que la glycosurie apparaît, en effet, chez des malades dont la sécrétion thyroïdienne, si elle est anormale par sa qualité ou par sa quantité, est *au moins suffisante*, puisqu'il n'existe chez eux *aucun symptôme d'insuffisance thyroïdienne* ; c'est là, comme on le verra, une preuve en faveur de la théorie qui incrimine l'*hyperthyroïdie* comme cause de ces glycosuries.

Différentes hypothèses pathogéniques ont été envisagées; si certains n'ont voulu voir là qu'une simple coïncidence, d'autres ont pensé que le facteur thyroïdien devait être mis hors de cause, le diabète se rattachant dans ces cas à une lésion du IVe ventricule.

Cependant, l'absence de lésions cérébrales dans la plupart des cas, et au contraire, l'importance des modifications structurales de la thyroïde ont peu à peu démontré, grâce à plusieurs observations bien étudiées, qu'il existait entre la lésion thyroïdienne et la glycosurie une relation certaine. C'est ainsi que s'établit peu à peu la théorie dans laquelle l' *hypersécrétion thyroïdienne*, jouant le rôle principal, entraîne par un mécanisme plus ou moins complexe, et différent suivant les auteurs, le passage du sucre dans les urines.

Il est, en faveur de cette conception, divers faits cliniques et expérimentaux, en dehors de cette notion sur laquelle j'insistais précédemment, que la glycosurie coexiste le plus souvent avec un fonctionnement exagéré ou tout au moins suffisant de l'appareil thyroïdien. En faisant ingérer, en effet soit à l'animal, soit à l'homme, des fragments ou des extraits de glande thyroïde, on a pu provoquer le passage du sucre dans l'urine. C'est ce que Béclère a noté chez un myxœdémateux qui prit en onze jours 92 grammes de thyroïde. Lorand a vu, dans un cas d'acromégalie sans glycosurie, ce dernier phénomène se produire à la suite d'un traitement thyroïdien, et il a montré que le diabète, au cours de la maladie de Marie, ne survient que s'il existe des symptômes d'hyperthyroïdie : il ferait au contraire toujours défaut dans les cas d'acromégalie accompagnés de myxœdème. Dale James, à la suite d'un traitement par des tablettes de thyroïdine, a observé une glycosurie qui se prolongea pendant neuf jours. Von Noorden, Senator, ont publié des cas analogues. Ewald, chez un malade traité par l'extrait thyroïdien a vu se constituer une glycosurie permanente. A ce sujet, le cas rapporté par Notthaft (1) est extrêmement intéressant, car il montre que la glycosurie se manifeste sous l'influence de l'extrait thyroïdien d'autant mieux et d'autant plus que le terrain est *prédisposé* : un *obèse*, pesant 220 livres, désirant maigrir, absorba dans l'espace de 6 semaines, sans consulter de médecin, environ 1000 tablettes contenant chacune 3 grammes de thyroïde ; il maigrit en ce laps de temps de 30 livres, mais à ce moment, vu par Notthaft, il présentait de l'exophtalmie, du tremblement, des battements de cœur : les urines étaient abondantes (3 litres et plus par jour), contenant 10 gr. de sucre au litre; il existait une soif intense, tous symptômes absents avant cette intoxication. La suspension de la thyroïdine, aussitôt recommandée, amena, au bout de quinze jours, la disparition du sucre, de la polyurie et de la polydipsie. Un mois après, le tremblement et la tachycardie avaient complètement cédé, mais le gonflement du cou et l'exophtalmie persistèrent près de six mois ; huit mois après le début des accidents, il n'en existait plus trace. Cette observation, qui montre avec d'autres, comme le fait remarquer Notthaft, que la simple ingestion d'extraits thyroïdiens est capable de produire un syndrome de Basedow, est, au point de vue particulier des signes de diabète : polyurie, glycosurie

(1) Bar et Daunay. — Rapports de la glycosurie et de l'hypertrophie du corps thyroïde. *Soc. d'obstétrique de Paris*, 17 décembre 1903.
(2) J. Parisot. — Polyurie simple et maladie de Basedow fruste. *Soc. de med. de Nancy*. 8 décembre 1909, et *Rev. méd. de l'Est*, 15 janvier 1910.
(3) Arndt. — Ueber aliment. Glycosur bei einige Neuropsychose *Berl. kl. Woch.*, 1898, p. 1085.

(1) Notthaft. — Un cas de goitre exophtalmique causé par la thyroïdine ingérée en excès. *Centralbl f. inn. Med.*, 1898, p. 359.

notable, polydipsie, très instructive et méritait d'être résumée un peu longuement.

Il faut remarquer cependant que les cas de ce genre ne sont pas nombreux ; Strauss (1), sur quinze sujets qui prirent de l'extrait thyroïdien pendant vingt-cinq jours n'observa que trois fois la glycosurie ; Bettmann (2) a constaté que l'ingestion de corps thyroïde, suffisamment prolongée, favorisait dans un petit nombre de cas seulement la glycosurie alimentaire. Les recherches de Goldschmitt, de Mawin, de Militello, confirment les résultats observés par ces auteurs. Chez 35 malades atteints d'affections diverses (obésité, rhumatisme chronique, goutte, hypertension artérielle, etc.), auxquels fut appliqué le traitement thyroïdien, dans trois cas seulement, j'ai pu constater une glycosurie légère (2 gr. au plus par litre), fugace, et qui ne persista même pas dans deux cas malgré la continuation du traitement (chez un artério-scléreux, un goutteux et un sujet atteint de rhumatisme chronique).

Il faut donc admettre, dans la pathogénie de ces glycosuries, en dehors de l'action même de l'hyperthyroïdie, l'intervention de causes favorisantes particulières, qui se rencontrent surtout dans certains troubles de la nutrition, dans la goutte, l'obésité par exemple. D'après ce que j'ai dit précédemment, ces causes peuvent, en effet, être mises nettement en évidence dans plusieurs cas,

Quoi qu'il en soit, on doit conclure de ces données déjà nombreuses que la glycosurie s'observe avec une certaine fréquence à la suite de l'hyperthyroïdisation.

Divers autres faits cadrent d'ailleurs avec les précédents : c'est ainsi que dans des états opposés, dans l'*insuffisance thyroïdienne*, comme nous le verrons plus loin, plusieurs auteurs, Hirschl, Knœpfelmacher entre autres, ont constaté que la capacité d'assimilation du glucose était augmentée, et qu'elle *diminuait* au contraire *par l'administration d'extrait thyroïdien.*

Par quel mécanisme agit cette hyperthyroïdie pour produire la glycosurie ? Des recherches récentes semblent montrer qu'il existe entre les diverses glandes à sécrétion interne, et particulièrement entre le pancréas et la thyroïde, des relations importantes pour la régulation de la glycémie dans l'organisme. Des recherches anatomiques et expérimentales nombreuses faites par Arnold et surtout par Lorand (3), se dégage cette idée que le pancréas (îlots de Lanhergans) annihile des produits toxiques sécrétés par la thyroïde. L'extirpation du pancréas est, d'après cet auteur, suivie de l'hypertrophie de la thyroïde, avec production de matière colloïde abondante ; d'autre part, on peut constater dans certains cas, après thyroïdectomie, une néoformation d'îlots de Langerhans dans le pancréas ou une hyperémie de l'organe (Quinquand, Kishi). On a pu voir disparaître le diabète, chez les chiens privés de pancréas, deux jours après l'ablation consécutive de la thyroïde avec conservation des parathyroïdes. Il existe donc entre ces deux glandes une sorte d'antagonisme, la rupture de l'équilibre qui, normalement, existe entre elles, étant capable d'entraîner dans l'organisme des troubles importants, en particulier la glycosurie. Lorand en arrive ainsi à envisager dans le diabète deux facteurs pathogéniques importants : la dégénérescence du pancréas et l'hyperactivité de la thyroïde. Si le pancréas est seul dégénéré et s'il n'y a pas d'hyperactivité de la thyroïde, le diabète est léger; si la thyroïde devient hyperactive chez un sujet dont le pancréas est dégénéré, le diabète est grave. Enfin, et c'est le cas de la maladie de Basedow, lorsqu'il y a uniquement hyperactivité de la thyroïde, il peut y avoir seulement de la glycosurie alimentaire ou spontanée, mais si le pancréas se trouve en même temps lésé, le diabète peut s'en suivre. Lorand, appliquant ces données au traitement du diabète, aurait traité avec succès douze malades diabétiques graves, en leur faisant ingérer soit du sérum, soit du lait provenant d'animaux éthyroïdés.

Ces conclusions trouvent certaines confirmations dans les expériences de divers auteurs. Pirera (1), chez des chiens hyperthyroïdés, constate au niveau du pancréas l'existence de lésions à caractère destructif, localisées presque exclusivement dans les îlots de Langerhans. Chez les animaux ayant subi l'ablation du pancréas, l'hypersécrétion et l'hyperfonction de la thyroïde est constante et accentuée ; ce dernier fait a été vérifié par Tiberti (2) et récemment encore par Licini (3), qui a montré de plus que la suppression de la fonction pancréatique entraîne un hyperfonctionnement de la thyroïde d'autant plus marqué que cette suppression remonte plus loin. D'après leurs recherches, Falta, Epinger et Rudinger (4) concluent qu'il existe de nombreuses connexions au point de vue du diabète entre trois glandes à sécrétion interne : le corps thyroïde, le pancréas, les surrénales, et, suivant le degré de fonctionnement de chacune d'elles, peuvent se produire des troubles différents, modifiés encore par les réactions mutuelles qu'ils entraînent. Ils expliquent la glycosurie du goitre exophtalmique par un *hyperfonctionnement du corps thyroïde* et par l'*hypersécrétion d'adrénaline* d'une part, et par l'*insuffisance pancréatique* consécutive à l'hyperfonctionnement thyroïdien.

Ces différentes conclusions, quoique basées sur des faits cliniques et expérimentaux, font encore une large place aux hypothèses, et seule, la réaction thyroïdienne (hypertrophie) consécutive à l'ablation du pancréas semble actuellement bien établie.

Les relations importantes entre le pancréas et la thyroïde, l'existence de symptômes communs au diabète et au goitre exophtalmique, ont pu conduire à penser que ces deux affections reconnaissent un substratum pathogénique voisin, sinon identique : on expliquerait ainsi l'apparition du diabète chez les basedowiens, ou des signes caractéristiques du goitre exophtalmique au cours du diabète. Comme le dit le professeur Lépine (5), l'hypothèse d'une sécrétion thyroïdienne altérée comme cause directe du diabète des basedowiens n'est pas suffisante : « elle n'explique ni la coïncidence de la maladie de Basedow et du diabète chez différents membres d'une même famille (Mautrey, Schmey), ni l'apparition du diabète chez des malades ayant eu antérieurement du basedowisme, mais guéris ». Pour Leclercq (6), le diabète et le goitre exophtalmique apparaissent de plus en plus comme le résultat d'une *dysfonction* primitive, et d'une *dystrophie* secondaire de l'organisme entier, en particulier du système nerveux et névro-glandulaire. Au point de vue pathogénique, ces

(1) Strauss. — Zür lehre von der neurogenen und der thyrogenen Glykosurie. *Deutsche med. Woch.*, 1897, nos 18-20.
(2) Bettmann. — *Münch med. Woch.*, 1896, no 49.
(3) Lorand. — Rapports du pancréas avec la thyroïde. *Soc. de biol.*, 19 mars 1904, p. 488.

(1) Pirera. — Sur les rapports de la thyroïde et du pancréas. *Giorn. int. dell. sc. med.*, nov. 1905.
(2) Tiberti — Sull'attivita secretoria della ghiandola tiroide in alcune conditione morbose. *Lo sperimentale*, 1905. Fasc. III-VI, p. 264-280.
(3) Licini. — Influence exercée par l'extirpation du pancréas sur la glande thyroïde. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1909, 5-6, anal. in *Sem. méd.*, no 8, 23 février 1910.
(4) Falta, Epinger, Rudinger. — Des rapports entre la sécrétion interne du corps thyroïde, du pancréas et du système chromaffine XXVe Congrès allemand de med. Int., Vienne, 6-9 avril 1908.
(5) Lépine. — *Loc. cit.*, p. 445.
(6) Leclercq — Le diabète, le goitre exophtalmique, Paris. O. Doin, p. 421, 1910.

deux maladies résultent d'une perturbation primitive survenue dans le système cérébro-bulbaire ou périphérique, empruntant pour se produire la canalisation pneumo-sympathique.

Quoiqu'il en soit de ces conceptions, que des troubles nerveux ou glandulaires communs à ces deux affections puissent être incriminés dans le mécanisme de la glycosurie, ou que celle-ci reconnaisse comme cause une rupture de l'équilibre entre l'hormone thyroïdienne et l'hormone pancréatique, il n'en est pas moins bien établi qu'au cours d'états thyroïdiens divers et *en dehors de tout signe d'insuffisance thyroïdienne*, sous l'influence de l'hyperthyroïdie expérimentale ou thérapeutique, il peut exister dans certains cas, surtout chez des sujets prédisposés, une diminution dans la capacité d'assimilation du sucre, de la glycosurie passagère ou permanente, et même un diabète véritable avec ses signes caractéristiques.

La plupart de ces faits, on le voit, paraissent concorder entre eux, et sembleraient engager à conclure que pour qu'il y ait glycosurie, il faut que la sécrétion thyroïdienne soit au moins suffisante sinon exagérée : ils s'opposent donc à ceux que j'étudierai dans un travail ultérieur en envisageant les glycosuries dans le myxœdème et l'insuffisance thyroïdienne.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La gymnastique orthophrénique.

Dans le traitement médico-pédagogique des arriérations psychiques et des anomalies mentales, la *gymnastique générale* tient une place d'autant plus grande que nous avons souvent affaire à un arrêt de développement physique plus ou moins accentué. Cette gymnastique est, du reste, celle qui est employée avec les enfants normaux, à cette différence près que nous proscrivons les mouvements qui seraient dangereux pour des congestifs, des excités, des inattentifs, des maladroits. Pour nous, peu ou pas d'agrès : l'échelle convexe pour la suspension, l'échelle horizontale pour la traction et le rétablissement, les barres parallèles pour le développement de la poitrine, et c'est tout. Les autres exercices ne sont que des mouvements d'ensemble, soit les mains libres, soit avec des haltères, des barres à sphères, des massues.

A côté de cette gymnastique générale prend place la *gymnastique orthopédique*, dont le but spécial est d'atténuer et corriger les mauvaises attitudes, les déviations, les asymétries et certaines atrophies paralytiques. Par elle, sont utilisés de nombreux appareils appropriés à chaque cas, qui viennent compléter l'œuvre des massages et des exercices passifs d'articulations.

Il est une troisième sorte de gymnastique que nous employons depuis longtemps à l'Institut médico-pédagogique et qui s'adresse plus particulièrement aux tiqueurs, aux irritables, aux indisciplinés, aux amoraux dont nous entreprenons la rééducation.

A cette gymnastique nous avons donné le nom de *gymnastique orthophrénique*, parce qu'elle aboutit au redressement de l'esprit, comme la gymnastique orthopédique aboutit au redressement du corps. Elle s'accompagne de musique ou de mimique expressive : le tambour, le piano, le métronome, viennent en scander ou en annoncer la mesure. Ce sont, tantôt des alternances de rythmes changeants, séparés ou non de temps d'arrêt de valeur inégale, tantôt des mouvements qui diffèrent d'un élève à l'autre et que nous appelons *mouvements contrariés*, tantôt enfin ce sont des changements imprévus d'exercices qu'un signal convenu vient annoncer ou interrompre brièvement.

Nous forçons ainsi nos sujets à maintenir constamment leur attention sur la défensive, à s'affranchir de l'imitation automatique, tout en conservant l'imitation consciente, à commander sans hésitation à leurs organes, à avoir une activité personnelle, à acquérir une volonté ordonnée et prévoyante, une énergie persévérante. Si peu que ces exercices soient méthodiques, variés et progressivement, mais prudemment, prolongés, ils sont acceptés des indisciplinés, des asthéniques, comme des jeux dont la variété dissimule le caractère méthodique et imposé.

Mais ces trois sortes de gymnastique ne s'adressent qu'aux enfants atteints d'anomalies mineures. Pour les anomalies majeures, nous employons une autre catégorie d'exercices en rapport avec la déficience physique et psychique de nos élèves. Chez ces derniers nous devons d'abord rendre possibles les mouvements élémentaires, pour en faire, dès qu'ils sont acquis, l'application immédiate dans les occupations courantes de la journée. C'est pour cette *gymnastique spéciale* que nous utilisons divers appareils imaginés par Séguin, Bourneville et nous-même, tels que la balançoire à tremplin vertical, les escabeaux divers, l'échelle plate, etc.

La barre d'entraînement, qui est de notre invention, est également employée avec cette catégorie d'enfants. C'est elle qui nous permet de faire acquérir, avant l'image visuelle, l'image motrice du mouvement, et qui prépare les organes intéressés à l'accomplissement d'exercices d'ensemble.

Guidé et entraîné par les camarades plus exercés qui tiennent les extrémités de la barre, le débutant exécute d'une façon passive des mouvements qu'il produira un moment après individuellement sur imitation ou sur ordre dans le cours des exercices qui suivront.

Dès que c'est possible, employons *la gymnastique orthophrénique*. Toutes les mentalités en bénéficient : l'arriéré s'améliore par suite de l'excitation des centres correspondant aux mouvements ; l'irritable, le nerveux, acquièrent le réflexe de l'obéissance ; l'attention gagne en intensité et en durée, l'imitation devient consciente et raisonnée, l'activité, spontanée et personnelle. Pour obtenir ces résultats, il suffit d'adapter les exercices aux nécessités individuelles et aux exigences du moment.

Ce rapide aperçu n'a d'autre but que de bien définir la *gymnastique orthophrénique* en la distinguant nettement de la *gymnastique dite des mouvements*. A cette dernière, certains éducateurs veulent attribuer une influence psychique ; ils oublient que cette influence psychique ne peut réellement s'exercer qu'à la condition expresse de faire intervenir autre chose qu'une imitation automatique, où le corps seul est directement intéressé.

J. BOYER.



STATISTIQUE

La méningite cérébro-spinale à New York ;

Par le docteur Marcel CLERC
Médecin Sanitaire Maritime

La méningite cérébro-spinale est relativement fréquente à New-York. Des cas sporadiques y éclatent en toutes saisons. De temps en temps, elle apparaît sous forme épidémique, comme en 1872, 1881, 1893, 1904 et 1905. Le tableau suivant indique le nombre des décès par méningite cérébro-spinale et le taux de mortalité pour 10.000 habitants, depuis l'année 1871, dans la vieille cité de New-York (districts de Manhattan et du Bronx).

Année	Nombre de Décès	Taux de mortalité	Année	Nombre de Décès	Taux de mortalité
1871.....	48	0.50	1893	469	2.67
1872.....	782	8.07	1894	213	1.18
1873.....	290	2.95	1903	195	0.86
1874.....	158	1.53	1904	1.083	4.69
1880.....	170	1.41	1905	1.511	6 32
1881.....	461	3.70	1906	812	3.29
1882.....	238	1.86	1907	642	2.52
1892.....	230	1.35			

L'épidémie de 1905 fut très meurtrière, sur 2755 personnes qui furent atteintes dans NewYork et sa banlieue, 2025 ou 75 pour cent moururent. C'est en cette année 1905, le 19 avril, que la méningite cérébro-spinale fut classée par le Bureau d'hygiène de New-York comme « maladie communicable » et sa déclaration rendue obligatoire. Depuis cette date, elle est soumise aux règlements sanitaires édictés contre elle par le département de la Santé de la Ville de New-York, ou ministère de l'hygiène.

La méningite cérébro-spinale, qui sévit le plus souvent chez les enfants de 1 à 10 ans, est, on le sait, causée par le méningocoque ou diplocoque intracellulaire de Weichselbaum. Ce microbe est fréquemment et presque toujours transmis d'une personne malade à une personne saine par les mucosités du nez et de la gorge ; on l'a trouvé aussi dans les sécrétions des yeux et des oreilles. Il existe occasionnellement dans le nez et la gorge de personnes en bonne santé, qui vécurent auprès d'un malade méningitique ou se servirent de serviettes ou de mouchoirs souillés par lui. Ces personnes, sans contracter la maladie, peuvent la transmettre à d'autres. Ce mode de propagation ressemble grandement à celui de la diphtérie. Ces notions indiquent d'elles-mêmes la prophylaxie à instituer.

Diagnostic bactériologique.—La certitude absolue du diagnostic est fournie par la présence du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire. Cete ponction est simple et, faite aseptiquement, exempte de danger. Elle n'est pas seulement utile au diagnostic, elle est aussi bienfaisante, en ce qu'elle diminue la pression du liquide céphalo-rachidien et les symptômes pénibles qui en dérivent. Le laboratoire de diagnostic du Bureau d'Hygiène est à la disposition des praticiens pour leur faciliter la prompte précision du diagnostic par la recherche du méningocoque. Dans toutes les pharmacies qu'approvisionne dans ce but le Département de la Santé, ils peuvent se procurer gratuitement un « Nécessaire » tout préparé pour l'examen du liquide céphalo-rachidien. Ce nécessaire se compose d'un flacon de verre stérilisé bien bouché, d'une fiche contenant quelques renseignements sur le malade, et d'une circulaire d'information ; le tout est enfermé dans un cylindre en bois, à couvercle vissé. La circulaire d'information est relative au traitement et à la prophylaxie de la maladie. Après examen des lames colorées au bleu de Lœffler, la présence ou l'absence de méningocoques dans le liquide envoyé est signalée au médecin traitant par lettre, ou par téléphone, s'il a donné son numéro téléphonique. Les résultats de l'examen ne sont donnés au malade que sur demande du médecin.

Déclaration. — Le diagnostic posé, comment se fait pratiquement la déclaration ? Elle se fait suivant divers modes, comme pour les autres maladies ; d'abord par les médecins ou les hopitaux, sur des cartes postales tout imprimées et fournies par le Bureau d'hygiène (le défaut de déclaration par les médecins peut entraîner une amende de 50 dollars ou 250 fr, mais les déclarations sont scrupuleusement faites par les médecins américains) ; ensuite, par le laboratoire de diagnostic, suivant les résultats de l'examen demandé d'un liquide céphalo-rachidien ; puis, par les avertissements de particuliers, car toute personne, à New-York, qui apprend autour d'elle l'existence d'un cas suspect de maladie infectieuse, a l'obligation d'en avertir le département de la Santé ; enfin, par les certificats de décès. A ce sujet, l'enregistrement des décès par le bureau de statistique du bureau d'hygiène constitue un contrôle efficace des déclarations. Quand arrivent au bureau d'hygiène des certificats de décès par méningite cérébro-spinale, pour lesquels il n'y eut pas de déclaration durant la maladie, une explication par lettre est demandée au médecin traitant ; il en est de même pour la tuberculose et la fièvre typhoïde. S'il n'y a pas de réponse à deux lettres successives, une nouvelle demande d'explieation sous peine de poursuite lui est portée par un policeman. Et un registre est tenu, sous le nom de chaque médecin, des cas non déclarés et des excuses fournies. D'autre part, une enquête est faite pour chaque cas fatal de méningite chez des enfants pour dépister une origine méningococcique possible. C'est un autre moyen pour ne laisser inaperçu et abandonné aucun cas de méningite cérébro-spinale.

Prophylaxie.— Dès que le bureau d'hygiène a reçu la déclaration d'un cas, un inspecteur du département de la Santé est muni d'un imprimé, « carte d'histoire » de la maladie, document sur lequel auront déjà été portés les renseignements écrits sur la carte postale de déclaration, si la déclaration a été faite par ce moyen. Cette carte d'histoire qui constitue à la fois le schéma des enquêtes de l'Inspecteur et le livret du méningitique, restera entre les mains de l'inspecteur jusqu'à la fin de la maladie, quelle qu'en soit la fin, et alors, une fois complétée, reviendra aux archives du Bureau d'hygiène, où elle sera classée suivant l'adresse du malade. Elle indique pour chaque cas, à part les renseignements d'identité sur le malade, son adresse et le nombre de cas de la même maladie dans la famille ou le voisinage, les conditions sanitaires du logement qu'il occupe, le cubage d'air, la qualité de la ventilation et de l'éclairage, le nombre d'adultes et d'enfants dans la famille, l'état de santé antérieur du malade, quelles atteintes il a du côté de la gorge, du nez, des oreilles, de la bouche, s'il a été exposé à d'autres cas de la même affection, quels sont les symptômes qu'il présente, raideur de la nuque, céphalalgie, convulsions, vomissements, signe de Kernig, éruptions, etc., le traitement suivi, les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien, enfin l'opinion de l'enquêteur sur les facteurs étiologiques dans le cas enquêté.

L'Inspecteur visite la maison du malade dans les vingt-

quatre heures qui suivent la réception de la déclaration, déclaration dont le bureau d'hygiène a accusé réception. Il établit rigoureusement l'isolement du malade et prévient les autres occupants de la maison de l'existence d'un cas de maladie infectieuse; il donne à la famille, verbalement et par une circulaire d'information, des instructions détaillées sur le mode de propagation et la prophylaxie de la maladie ; il recueille toutes les informations requises par la carte d'histoire sur les conditions sanitaires ambiantes, sur le passé pathologique du malade, son contact possible avec d'autres méningitiques ; enfin, il exclut de l'Ecole tous les enfants de la famille par une carte postale adressée au Directeur de l'Ecole.

Pendant les deux premières semaines de la maladie. car, ensuite, l'expérience a montré que les chances d'infection sont moindres, l'Inspecteur veillera au maintien de l'isolement ; si cet isolement n'était pas observé, le transport du malade à l'hôpital pourrait être ordonné.

Si, à l'arrivée de l'Inspecteur, le malade est mort, ou s'il a été hospitalisé, il est procédé de suite à la désinfection des locaux et de la literie. Les locaux sont soumis aux vapeurs de gaz formaldéhyde qui se dégagent par contact de la poudre de trioxyméthylène et de permanganate de potasse, et la literie est enlevée pour être désinfectée.

Il en est de même après la guérison du malade. L'Inspecteur, en outre, délivre et laisse à la maison les certificats qui permettront aux enfants de réintégrer l'Ecole.

Dans tous ces cas, il a dû compléter, par les renseignements fournis par le médecin ou l'hôpital, la carte d'histoire du malade et savoir de plus s'il fut fait usage pour lui du sérum de Flexner, aux fins de statistique.

Traitement.— Le remède spécifique est le sérum antiméningococcique préparé aux Etats-Unis par l'Institut Rockefeller et qui a donné de très bon résultats, surtout au début de la maladie. Nombre d'instructions sont prescrites par l'Institut pour l'emploi de ce sérum.

Le sérum est conservé dans un appareil refrigérant et chauffé à la température du corps au moment de s'en servir. On l'introduit directement dans le canal rachidien après ponction lombaire. La quantité du sérum à utiliser dans une injection ne doit pas dépasser 30 à 45 centimètres cubes. Il est préférable, quoique non indispensable, de retirer du canal rachidien au moins autant de liquide qu'on veut injecter de sérum. Il faut injecter lentement pour éviter les symptômes dus à l'augmentation de la pression, surtout quand la quantité de liquide retirée est moindre que la quantité de sérum à injecter. L'injection du sérum est à répéter 3 ou 4 fois, à 24 ou 48 heures d'intervalle, ou plus, suivant la gravité du cas ; 120 centimètres cubes furent injectés en 4 jours et plus de 200 au cours d'un seul cas sans inconvénient. Plus tôt l'injection est faite, meilleurs sont les résultats. Dès que l'examen d'un liquide céphalo-rachidien a montré l'existence de diplocoques ne prenant pas le Gram et dont certains sont inclus dans les leucocytes, il faut injecter le sérum et ne pas attendre le résultat de l'inoculation aux animaux. Si le diagnostic reste douteux ou nettement négatif, l'injection du sérum n'aura fait aucun mal. Si une rechute se produit, il faut réinjecter du sérum comme s'il s'agissait d'un cas nouveau. Durant cette rechute, une grande attention doit être apportée à l'examen microscopique de l'exsudat rachidien en ce qui concerne le nombre et les caractères de coloration du diplocoque, et le nombre et la variété des leucocytes. Bien que les meilleurs résultats soient obtenus quand le sérum est injecté de bonne heure, il faut pratiquer l'injection dans les stades plus avancés de la maladie, spécialement en cas de présence du méningocoque On n'emploie pas le sérum à la fin de la maladie, lorsqu'on ne trouve pas de méningocoques.

Tels sont le traitement et la prophylaxie dirigés à New-York contre la méningite cérébro-spinale. Sous l'influence de cette judicieuse défense, la courbe indiquant le nombre des cas de méningite cérébro-spinale suit une marche descendante et le Bureau d'hygiène de New-York espère que ses efforts arriveront à diminuer progressivement ce fléau.

IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS

Paris, 7-10 avril 1910.

Le IIIe *Congrès des Praticiens* a eu sa séance d'ouverture le jeudi 7 avril, sous la présidence du Dr *Gairal*, président du Congrès, assisté d'un Bureau ainsi composé : MM. *Barbanneau*, *Mignen*, *Albertin*, *Noir*, *Declercq*, *Sebilotte*, *Lande*, *Reymond*, *Gassot*, *Laurent*, *Coppens*, vice-présidents ; *Leredde*, secrétaire général ; *Quidet*, trésorier.

Voici les principaux rapports :

Bolliet (de Lyon). — **Enquête sur la libre choix du médecin et le service médical dans les Sociétés de Secours mutuels de Province.** —Le rapporteur soumet un vaste travail résultant d'une vaste et intéressante enquête. Après discussion, le Congrès émet le vœu suivant, élaboré par MM. *Le Fur* et *Chapon*.

Le Congrès, tout en souscrivant pleinement à l'idée généreuse qui a créé la mutualité, émet le vœu que le libre choix du médecin soit absolu dans la mutualité.

Que le mutualiste malade non indigent, souvent aisé, soit traité par le médecin comme un client ordinaire.

Bresselle (du Vésinet). — **Du relèvement des honoraires médicaux.** — Si le Corps médical de Paris a relevé ses honoraires, il n'en est pas de même en province. M. Bresselle propose une campagne de presse, et de voter les conclusions suivantes :

1° Que tous les médecins assistant au Congrès usent individuellement de tous les moyens qui leur sembleront utiles pour diffuser dans leur clientèle la notion du relèvement et fassent dans leur entourage une campagne personnelle en faveur de la multiplication des petits groupements locaux, là où ils n'existent pas.

2° Que lorsque ces syndicats ou groupements existent, ils facilitent le relèvement en inscrivant à leur programme :

La cessation obligatoire pour leurs membres de tous rapports avec les sociétés de secours mutuels en tant que groupements organisés, le médecin n'ayant à connaître que le client qui l'a librement choisi. La rupture avec toutes les collectivités quelles qu'elles soient, dans les mêmes conditions. La dénonciation de tous les forfaits.

3° Que, afin de préparer l'étudiant en médecine, pour qui, jusqu'ici, rien n'a fait été en ce sens, non seulement à vivre la vie du médecin, mais encore et surtout à pratiquer l'entente, dès son installation, le Comité de vigilance étudie les moyens d'instituer dans tous les centres d'enseignement et dans les corporations d'étudiants en médecine des cours, leçons, réunions ou conférences destinés à développer par avance l'esprit syndical.

G. *Bertillon*. — **L'avortement au point de vue médico-social.** — Très intéressante discussion après rapport documenté, à laquelle prennent part : MM. les professeurs *Pinard* et *Lande*, MM. Armand *Lévy*, *Noir*, Marc *Honnorat*, *Declercq*, *Le Bec*, *Dufour*, *Séailles*, *Secheyron*. Finalement, le Congrès adopte une bonne partie des conclusions du rapporteur, et demande :

1° Que les pouvoirs publics, les municipalités, les œuvres de protection de l'enfance, protègent moralement ou pécuniairement les méres pour qu'elles ne reculent pas devant les devoirs de la maternité ;

2° Que les pouvoirs publics accordent aux familles nombreuses des secours proportionnels au nombre des enfants.

Ch. *Levassort* (de Paris). — **L'exercice illégal les remplacements médicaux.** — L'orateur fournit un compte-rendu autorisé de l'*Office central pour la répression de l'exercice illégal*, qu'il dirige depuis longtemps avec dévouement. Voici ses conclusions :

La réclame, par la presse, la concurrence par les pharmaciens, les rebouteurs et autres irréguliers, constituent les causes les plus graves du malaise médical actuel.

Il y a lieu d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur ces faits et d'obtenir : 1° la stricte application de la loi : 2° la poursuite d'office par les parquets des cas d'exercice illégal signalés par les syndicats ; 3° tout jugement d'exercice illégal devrait comporter l'obligation d'un nombre variable d'insertions dans les journaux quotidiens et ce, dans le but de lutter contre les pratiques charlatanesques des hauts barons de l'exerce illégal.

Comme conséquence, le prochain Congrès aurait à s'occuper de la question de la réclame médico-pharmaceutique et de la concurrence par les pharmaciens ainsi que les moyens d'y remédier.

Les remplaçants non docteurs devraient être tenus de fournir leur certificat de scolarité et être accrédités par l'une de nos grandes associations, *Concours médical*, Association corporative, Syndicats, etc.

Une sorte de livret délivré par le Syndicat ou tout autre grand groupement servirait à réunir les références de l'étudiant. Outre les notes et attestations de ses chefs d'hôpital, les confrères remplacés seraient priés de mentionner leurs indications.

Enfin, des conférences organisées par les syndicats seront faites au siège des associations d'étudiants par les délégués des syndicats pour donner aux futurs confrères des notions utiles et pratiques sur la profession qu'ils vont exercer.

Lafontaine (de Paris). — **Les Syndicats et l'enseignement.** — Ce rapport a donné lieu à une discussion d'autant plus nourrie qu'il traitait une question épineuse et qui divise profondément le Corps médical :

Le professeur Pinard, tout en reconnaissant le bien-fondé de certaines critiques du rapporteur, prend la défense de l'enseignement de la faculté et signale les inconvénients du privat-docentisme. Très applaudi, bien que la majorité de l'assemblée soit manifestement d'un avis contraire, l'orateur rappelle les progrès réalisés dans ces dernières années. Il dit la sollicitude apportée par la faculté à organiser le stage clinique, en dépit de toutes les difficultés auxquelles elle s'est heurtée quand elle a voulu faire ouvrir aux étudiants les portes des divers services des hôpitaux.

M. Pinard estime que le concours d'agrégation doit être modifié, mais que l'on aurait tort d'aller jusqu'à sa suppression. Il préconise la création d'un conseil supérieur de l'enseignement médical, composé de praticiens et des représentants de toutes les facultés. Il demande à l'assemblée d'émettre un vœu en faveur de la publicité des séances des conseils des facultés et des universités, et termine en faisant appel à l'union de tous les médecins.

MM. *Leredde, Sorel* et d'autres orateurs prennent la parole et parviennent à faire adopter par le Congrès les conclusions suivantes :

Le Congrès des Praticiens, tenu en avril 1910, confirmant une fois de plus la nécessité absolue de la suppression de l'agrégation, institution contraire aux intérêts des élèves, de l'enseignement et du corps médical, prie le Comité de vigilance de tenter une dernière démarche près du ministre de l'instruction publique pour obtenir la suppression du prochain concours de l'agrégation, et au cas où satisfaction ne serait pas donnée aux praticiens, estime qu'il y a lieu comme en 1906 de poursuivre la campagne d'action engagée par les groupements professionnels pour obtenir la réalisation des vœux des congrès.

Le Fur (de Paris). — **Conseil médical supérieur.** — Encore un rapport qui soulève de vifs débats auxquels participent MM. *Hayem, Lepage*, et bien d'autres. M. *Le Fur*, le rapporteur, enlève au Congrès le vœu suivant dont le Comité de Vigilance est chargé de poursuivre la réalisation :

Que le conseil supérieur de l'instruction publique, organisme incompétent au point de vue médical et insuffisamment indépendant, soit remplacé, pour les questions médicales, par un conseil médical supérieur composé par moitié de membres du corps enseignant, de délégués élus des divers groupements professionnels, et, avec voix consultative, de délégués des associations des étudiants en médecine.

Léon *Archambault, Kolbé, Kœnig* (de Paris). — **Structure administrative des hôpitaux eu France et à l'Etranger.** — Ces trois rapporteurs donnent respectivement des renseignements précieux sur ce qui ce passe comparativement, au point de vue hospitaller, chez nous et à l'étranger. L'assemblée est unanime à réclamer l'autonomie des hôpitaux francais, et leur direction par un médecin assisté d'un employé administratif.

M. *Sorel* (de Dijon) demande l'extension des laboratoires centraux, avec un personnel de carrière, appointé convenablement, et qui fournirait une pépinière d'hommes spécialement compétents pour occuper par exemple les chaires d'anatomie pathologique.

M. *Chassevant*, professeur agrégé, se prononce contre le recrutement du personnel médical hospitalier par le concours. Il demande que les médecins des hôpitaux de France soient proposés par l'ensemble de leurs confrères de telle ou telle région où se trouvent un ou plusieurs hôpitaux.

Louis *Régis* (de Paris). — **L'hôpital aux indigents.** — Long rapport sur une question bien connue et toujours d'actualité, bien qu'elle soit débattue devant toutes les sociétés médicales depuis plusieurs années.

A ce propos, MM. *Mallet, Weil, Chancel* ont pris une part active à la discussion du rapport, comme délégués de la *Société médicale des Gobelins*. Leur intervention était spécialement indiquée par ce fait que le 13e arrondissement de Paris est envahi par des hôpitaux privés qui, sous le drapeau de la philanthropie et pour s'exercer, font aux Médecins du 13e arrondissement une concurrence apparemment des plus déloyales. Ces maisons vont jusqu'à mettre de grands écriteaux à l'extérieur de leur établissement pour inviter les passants à venir se faire soigner à toute heure. Il y a là un abus criant et qui poussera les plaignants à la révolte, car on les ruine. Le remède proposé par M. *Mallet* a été renvoyé, pour étude, au Comité de vigilance.

Parmi les nombreux vœux qui découlent du rapport de M. *Régis* nous détachons les suivants :

1° Développement du syndicalisme, qui enseigne et pratique l'action commune pour la défense des droits professionnels ;

2° Rapports plus étroits entre les médecins d'hôpitaux et les praticiens, afin de découvrir les abus des hospitalisations gratuites et payantes ;

3° Refus par les médecins des hôpitaux de soigner les malades aisés ;

4° Refus par les médecins des hôpitaux de laisser encombrer leurs salles ;

5° Renvoi des malades payants, quels qu'ils soient, dès que leur état leur permet de poursuivre leur traitement à domicile ;

6° Favoriser les formations d'assistance privée par l'imposition du libre choix et l'appui confraternel.

Il y a eu également d'excellents rapports de M. *Declercq* sur *quelques législations sanitaires à l'étranger* ; de M. *Wicart*, sur l'*application de la loi de* 1902 *pour la protection de la santé publique* ; de M. *Campinchi*, sur le rôle des *Syndicats médicaux en matière d'hygiène*.

La question de l'*encombrement médical* a soulevé des débats souvent diffus. Evidemment cette question est complexe, et comme l'a dit fort bien M. *Lafontaine*, ne peut être résolue en un jour, ni même en un Congrès.

Le IIIe Congrès des Praticiens a terminé ses travaux par la réélection du *Comité de Vigilance*, en conservant comme secrétaire général le Dr *Leredde*.

Au nom du *Syndicat des Médecins de la Seine*, son président le Dr *Noir* a obtenu du Congrès une motion demandant au garde des sceaux une enquête relativement à la détention illégale et injustifiée, pendant 50 jours, du Dr *Steiner*, de Paris.

Y...



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1910.

M. le Président annonce la mort de M. Gréhant, membre de la section d'anatomie et physiologie, et fait son éloge.

Nouvelle méthode de stérilisation du lait sans altérations de ses ferments. — M. *Heryng* (de Varsovie) présente à ce sujet un appareil qui permet de soumettre à une température de 70 à 80 degrés le lait pulvérisé qui est ensuite immédiatement condensé et n'est soumis que quelques instants à une température élevée.

Action des eaux chlorurées sodiques carbo-gazeuses de Salins-Moutiers sur la pression artérielle. — M. *Guilbert* montre que ces eaux ont une légère action hypertensive. Leur action cardiotonique devrait les faire préconiser à l'égal des eaux de Nauheim.

Rôle des viandes non tuberculeuses dans la diffusion de la tuberculose. — M. *G. Linossier* et *G. Lemoine* ont trouvé assez fréquemment, dans les boucheries de Paris, des morceaux de viande non tuberculeuse contaminée, à la surface seulement, par des bacilles tuberculeux. La contamination a lieu à l'abattoir, au contact direct des organes rejetés comme tuberculeux, ou par l'intermédiaire des mains, des couteaux, du sol.

Des mesures devraient être prises dans les abattoirs, pour éviter tout contact immédiat ou médiat, des viandes saines avec les viandes et organes tuberculeux rejetés de la consommation.

Infiltration d'urine dans la lithiase rénale. — M. *Tuffier* montre trois cas de migration spontanée de calculs, par effraction des voies urinaires inférieures, dans le tissu périrénal ou périurétéral.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 avril 1906.

Le président, M. Routier annonce à la Société la mort de l'un de ses membres, M. Hennequin, dont il retrace en quelques paroles émues la carrière toute de travail et d'honneur. Puis il déclare lever la séance en signe de deuil.

Ch. le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 avril 1910.

A propos du procès-verbal.— M. *Poncet* (Lyon) rapporte une observation de paralysie ascendante (de Landry) qui d'après lui confirme la pathogénie tuberculeuse invoquée par MM. Gougerot et Troisier.

M. *Mosny* croit cette théorie pathogénique un peu hâtive et prématurée. Il a lui même observé une paralysie ascendante chez une malade morte de tuberculose pulmonaire étendue. L'inoculation de la moelle à deux singes est restée négative. Pourquoi, ajoute-t-il, la tuberculose est-elle si fréquente et la paralysie de Landry si rare ? Cet argument de bons sens devrait être médité par M. Gougerot.

Albuminurie digestive. — M. *Le Noir* n'admet pas la théorie pathogénique toxique de MM. *Lemoine* et *Linossier*. Les néphrotoxines sont trop peu résistantes aux sucs gastriques et pancréatiques. Deux cas observés par lui pendant dix ans montrent la persistance très longue d'une albuminurie digestive, guérie à la fin, et il lui paraît improbable qu'une action toxique si prolongée ait laissé le rein intact. Il admet plutôt une action mécanique comme cause de l'albuminurie digestive.

Ostéite déformante de Paget sans stigmates de syphilis acquise ou héréditaire. — M. *Thibierge* présente un malade atteint d'ostéite déformante typique (tibias, fémurs, avant-bras). La réaction de Wassermann fut négative, on ne trouve aucun antécédent de syphilis.

L'auteur rejette la pathogénie spécifique de l'affection et croit qu'elle ne s'appuie que sur des analogies assez éloignées entre les lésions osseuses des deux affections. D'ailleurs, le traitement spécifique n'a jamais donné de résultats nets d'amélioration ou d'arrêt.

Phlébites syphilitiques multiples précoces. Spirochètes dans la paroi veineuse. Inoculation positive. — MM. *Thibierge* et *Ravaut* rapportent cette observation ; phlébites multiples des veines superficielles des 4 membres deux mois après le début de la syphilis. Excision d'un nodule veineux. Constatation du spirochète au microscope et inoculation positive au singe.

Friedel.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 avril 1910

Ulcère des pays chauds. (Ulcère annamite). MM. *Gaucher*, *Octave Claude*, *Tanon*.—Les auteurs présentent un malade portant au niveau de la jambe un ulcère datant de quatre ans que le malade a contracté au cours d'un séjour — en Indo-Chine. Son évolution est progressive, à type de nécrose profonde, correspondant à la description de Fontoymont et Jourdran. (L'ulcère malgache. *Presse Méd.*, 1905., page 26). La lésion ressemble à une gomme syphilitique ulcérée, mais il n'y a pas chez ce malade d'antécédents spécifiques et la réaction de Wassermann est négative.

Cet ulcère ne semble pas en rapport avec le paludisme, car la lésion continue à évoluer, alors que les accès de fièvre ont disparu. Plusieurs traitements ont été essayés successivement. Depuis que le malade est à Saint-Louis de simples pansements à l'eau bouillie ont déjà amélioré la lésion.

Gomme ulcérée du front et perforation du voile du palais dues à l'hérédo-syphilis.—MM. *Gaucher*, *Druelle* et *Brin* présentent un malade porteur d'une double lésion : gomme ulcérée du front et perforation du voile du palais, avec atrophie de la luette. Ces manifestations sont liées à l'hérédo-spécificité dont le malade porte des stigmates non douteux. La réaction de Wassermann a été positive.

Un nouveau cas de chancre mou de la langue.—MM. *Gaucher* et *Druelle*.— Chancre mou de la langue coïncidant avec des chancres mous préputiaux. Cette localisation est extrêmement rare. M. Gaucher en a déjà rapporté un cas, il y a quelques années, mais ne connait pas d'autres cas dans la science.

Epithélioma de la jambe gauche développé sur un lichen simplex chronique.— MM. *Gaucher*, *Druelle* et *Cesbron*.— Le malade présente à la face antéro-interne de la jambe gauche un épithélioma développé depuis trois ans sur un lichen simplex chronique datant de trente ans. Les lésions épithéliales, ulcéro-croûteuses, à grand axe vertical, sont fortement infiltrées. Le malade a une adénopathie crurale gauche volumineuse. Sur les bords de l'épithélioma, on voit nettement le placard ancien de lichen chronique simplex. Depuis un mois, le malade a un zona lombo-abdominal gauche avec névralgies violentes.

Réinfection syphilitique et supersyphilisation. — M. *Milian* présente un homme, syphilitique depuis 18 mois, porteur d'un nouveau chancre syphilitique de la verge, avec adénopathies inguinales. Ce chancre s'est développé quarante jours après un coït suspect. Il ne s'agit pas d'un chancre redux, puisque cet accident siège sur un emplacement très différent du chancre de 1908. La réaction de Wassermann est positive; elle est due sans doute à l'infection antérieure puisque le chancre date seulement de 15 jours, ce qui montre que la présence d'anticorps dans le sang n'est pas synonyme d'immunité.

M. Milian rapporte également l'observation d'un homme qui présentait à la verge une lésion chancriforme développée trois semaines après un coït suspect et qui fut suivie, 45 jours après son début, d'une éruption analogue à une syphilide maligne précoce.

Or, le sujet avait eu un an auparavant un chancre suivi de plaques muqueuses des piliers où le tréponème avait été constaté à l'ultramicroscope.

Il y a des cas de supersyphilisation sans chancre ; un médecin, syphilitique depuis dix ans, présente, trois semaines après un coït avec une femme atteinte d'accidents secondaires, des papules du dos et de la céphalée alors qu'il était indemne depuis longtemps de toute manifestation.

L'auteur conclut que l'immunité conférée par la syphilis est loin d'être éternelle et qu'il n'est pas indifférent pour un syphilitique de s'exposer au contact de lésions syphilitiques exogènes.

(*A suivre.*) P. Fernet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathogénie

Abcès du foie multiples d'origine pneumococcique Infection hématogène;

Par

Henri CLAUDE
Prof. agrégé
Médecin de l'hôpital St-Antoine

Marcel Manuel SOURDEL
Interne des hôpitaux de Paris

Les abcès du foie reconnaissent des causes nombreuses. L'infection peut se propager par l'artère hépatique, le veine porte ou les veines sus-hépatiques, infection qui est alors d'origine sanguine descendante, ou par les canaux biliaires. Dans ce cas, il s'agit d'une infection ascendante, et c'est là, semble-t-il, le cas le plus fréquent. De même, il était généralement admis que l'ictère était sous la dépendance d'une inflammation des voies biliaires extra-hépatiques, amenant leur oblitération.

Dans ces derniers temps, les idées relatives à la pathogénie de l'hépatite infectieuse se sont un peu modifiées. C'est ainsi qu'à la suite des travaux de M. Widal et de ses élèves, il a pu être établi que les ictères infectieux relevaient le plus souvent non pas de l'infection ascendante intestinale, mais de l'infection descendante sanguine. Lemierre et Abrami (1) avaient émis cette hypothèse pour expliquer l'infection des voies biliaires dans la fièvre typhoïde. Elle a été vérifiée depuis par les observations rapportées par MM. Widal et Abrami (2), puis par l'observation de Widal, Lemierre et R. Bénard (3), portant sur un cas d'ictère infectieux au cours d'une septicémie paracobilacillaire, par celle de Savy et Delachanal, de Lyon, sur l'ictère infectieux d'origine éberthienne.

De même, Ardin-Delteil (4), en étudiant un cas d'ictère pneumococcique, arrive aux mêmes conclusions. Dans l'observation qu'il rapporte, il s'agissait d'un malade présentant tous les caractères d'un ictère par rétention. A l'autopsie, le cholédoque apparaît dilaté. Son orifice intestinal est obturé par un bouchon muqueux. L'ictère semblait dû à une angiocholite ascendante et non à l'infection sanguine. C'est l'hypothèse soutenue par A. Grenet dans sa thèse sur l'ictère pneumococcique.

Mais à l'examen microscopique, la région située autour des veines sus-hépatique est congestionnée, la cellule hépatique est altérée. On y trouve des pneumocoques, ainsi que dans l'artère hépatique, les microbes sont très rares dans la veine porte. Et Ardin-Delteil conclut à l'origine descendante, par voie sanguine, de l'hépatite et de l'angiocholite.

Plus récemment encore, Lemierre et Abrami (5) ont apporté un nouvel argument en faveur de cette hypothèse.

Après avoir mis en évidence le pneumocoque dans le sang d'un malade ictérique, ne présentant que des lésions pulmonaires minimes, ils ont obtenu le même microbe à l'état de pureté par ensemencement du pus vésiculaire et de fragments de foie.

Enfin, plus démonstrative encore est la récente communication de MM. Abrami, Richet fils et R. Monod (1). Il s'agit d'un cas d'ictère au cours d'une septicémie puerpérale, présentant tous les signes de l'ictère par rétention. L'examen du foie montra l'absence complète d'angiocholite. Ce fait serait à rapprocher des cas où l'angiocholite, même marquée, ne s'accompagne pas d'ictère.

Les ictères infectieux pourraient par conséquent être d'origine hématogène. L'observation d'abcès du foie que nous rapportons, en dehors de l'intérêt qu'elle a, étant donné l'agent infectieux qui a pu être mis en évidence d'une manière précise, nous a révélé en outre plusieurs faits propres à éclaircir la pathogénie des suppurations hépatiques.

Obs. — Co..., conducteur de bestiaux, 20 ans, entre à l'hôpital Andral le 26 octobre 1909 pour des douleurs abdominales vives. Il y a *trois* jours, sans avoir jamais été malade, il est pris, dans l'écurie où il couchait, d'un point de côté violent, et d'un frisson qui dura plusieurs heures Il se couche et reste à la diète sans voir de médecin. Comme son état ne s'améliore pas, on le transporte à l'hôpital.

Actuellement, la douleur a presque complètement disparu, sauf au niveau de la région hépatique, et l'état général est bon. Quand on demande au malade des nouvelles de sa santé, il répond invariablement : « ça va très bien ». Il en sera toujours ainsi jusqu'à la veille de sa mort. Il s'agit, il est vrai d'un individu peu sensible, à l'intelligence fruste, chez qui les réactions sont au minimum. Ethylique avoué (il accuse cinq à six litres de vin par jour), il n'a jamais eu de maladie antérieure.

A l'examen, on trouve au niveau de l'hypochondre droit, au lieu douloureux, une légère voussure. Toute la paroi abdominale est dure, empâtée douloureuse à la pression. La défense musculaire est très marquée. Tous ces symptômes sont plus accusés dans la région hépatique. Le foie est régulièrement augmenté de volume. dépassant les fausses côtes de quatre travers de doigt.

A la lèvre inférieure, on constate un groupe de vésicules d'herpès, la langue est bonne, ni blanche, ni sèche. L'appétit est conservé : et le malade réclame à manger avec insistance, se plaignant qu'on veut le laisser mourir de faim. Il présente une diarrhée abondante, sans caractères particuliers.

Il ne tousse pas, ne crache pas. A la base du poumon droit, il y a un peu de submatité avec quelques râles de congestion, mais pas de signes de pneumonie.

Les bruits du cœur sont réguliers, bien frappés ; le pouls est rapide à 120, mais non dicrote, en relation avec la température de 40°.

Les urines contiennent 2 gr. d'albumine par litre.

En présence de ces symptômes, nous pensons à une suppuration hépatique d'ordre indéterminé. Le malade est mis au régime lacté, purgé au calomel. Enfin on lui fait chaque jour une injection de 5 cc. d'électrargol.

Pendant la nuit le malade a été très agité, constamment secoué de frissons, couvert de sueurs.

Le lendemain, apparaissent des vomissements bilieux, la température est tombée à 37°4. Les urines abondantes (3 litres) contiennent des pigments biliaires. Mais le malade ne présente pas trace d'ictère. Le ventre, un peu moins douloureux, permet de mieux examiner le foie qui est très volumineux, dur et lisse. La rate est hypertrophiée.

A la base du poumon droit on trouve un foyer très limité de râles crépitants avec respiration soufflante. Dès le lendemain (28 octobre), les signes stéthoscopiques ont disparu.

Sous l'influence de la glace maintenue en permanence et des injections d'électrargol, l'état ne se modifie pas. Le facies est vultueux, et le malade est couvert de sueurs, mais il reste toujours dans un état d'euphorie remarquable.

(1) Lemierre et Abrami. — Infection éberthienne des voies biliaires. (*Arch. des mal. de l'app., digest.*, 1er janvier 1908, n° 1.)

(2) Widal et Abrami. — Ictère grave infectieux avec rétention et avec urémie sèche par azotémie, et perméabilité des voies biliaires; hyperplasie des cellules hépatiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 13 nov. 1908.)

(3) Widal, Lemierre et R. Bénard. — Ictère infectieux bénin au cours d'une septicémie paracolibacillaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 17 déc. 1909.)

(4) Ardin-Delteil. — Pneumonie avec ictère. Hépatite et angiocholite pneumococcique. (*Tribune médicale*, 13 mars 1909, n° 11.)

(5) Lemierre et Abrami. — Ictère pneumococcique. (*Presse médicale*, 2 février 1910.)

(1) Abrami, Richet fils, et R. Monod. — Ictère hématogène streptococcique au cours d'une septicémie puerpérale. Syndrome de l'ictère par rétention. Absence d'angiocholite. Acholie pigmentaire vésiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, mars 1910.)

La température, à grandes oscillations (36.6 à 40), tend à prendre le type inverse, plus élevé le matin que le soir.

Le 30 octobre, l'empâtement semble se limiter à la région vésiculaire. Les vomissements et les douleurs vives ont disparu, en même temps que les parois de l'abdomen reprenaient leur souplesse normale. L'examen du sang donne les résultats suivants :

Globules rouges..	4.500.000		
Globules blancs..	12.000	Polynucléaires........	86.5 %
		Grands mononucléaires	7.4 %
		Petits mononucléaires.	4.4 %
		Lymphocytes..........	1.2 %
		Eosinophiles..........	0.4 %

La marche de la fièvre, la leucocytose, et surtout la grande proportion de polynucléaires dans le sang, puisqu'ils atteignent 86 % de la quantité totale des leucocytes, permettent de conclure à une suppuration. Etant donnés les signes constatés dans la région hépatique, malgré l'absence d'ictère, nous pensons à une infection des voies biliaires, cholécystite ou péricholécystite. L'état général se maintenait bon d'autre part, et nous ne saurions trop insister sur le peu de troubles subjectifs présentés par ce malade.

Dans ces conditions, une question se posait, celle de l'intervention : laparotomie exploratrice permettant d'ouvrir l'abcès. Mais, nous basant sur l'absence des signes d'infection péritonéale localisée ou généralisée, sur l'absence d'ictère, et par conséquent sur la difficulté à localiser le lieu de la collection purulente, nous avons pensé qu'il valait mieux s'abstenir.

L'évolution de la maladie et les constatations anatomiques, ont, ainsi qu'on le verra plus loin, justifié complètement notre conduite.

Dans la première semaine de novembre, l'état général s'aggrave. Le malade pâlit tous les jours, et les masses musculaires fondent rapidement.

Les urines sont de plus en plus abondantes (4 litres) avec aspect de bouillon sale. La température, qui avait baissé sous l'influence, semblait-il, des piqûres d'électrargol, a remonté. Les piqûres sont ordonnées de nouveau. Mais, malgré deux piqûres par jour, la température n'arrive pas à se maintenir autour de 38 plus de deux jours de suite. Elle reprend bientôt le type à grandes oscillations (19 novembre, 35.6 à 39.2).

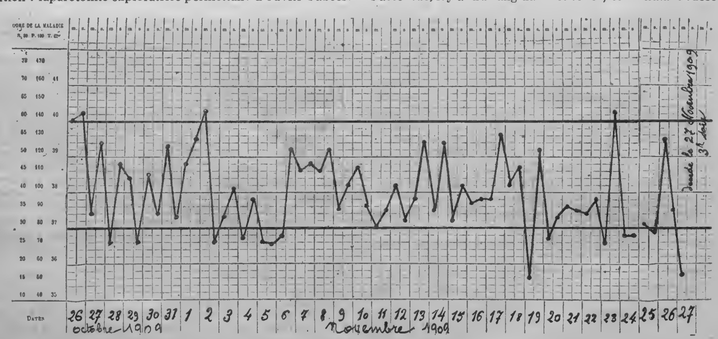
L'albumine de l'urine est dosée avant et après centrifugation. Les quantités sont sensiblement les mêmes. Le culot très abondant ne renferme que des globules blancs très nombreux, déformés, sans cylindres, quelques cellules desquamées de la vessie et du colibacille.

La diarrhée est toujours intense, mais les selles ne contiennent pas de pus ni de sang. Elles ne sont pas décolorées, plutôt noirâtres, foncées et fétides. Elles paraissent contenir de grandes quantités de bile. Mais l'ictère manque totalement. Il n'y a pas de cholémie. Et cette absence de l'ictère ne peut être mise sur le compte d'une acholie, d'une suppression complète de l'activité de la glande hépatique, puisque les urines présentent la réaction des pigments biliaires, et que les matières on un aspect verdâtre caractéristique.

Le 20 novembre, nous notons que la région hépatique est le siège d'une tuméfaction dure, plus étalée que les premiers jours, sans réaction péritonéale. La rate est volumineuse. L'examen du poumon ne révèle toujours rien. Les bruits du cœur sont sourds, sans altérations du rythme. Le pouls est dicrote, presque incomptable. La dyspnée s'est accentuée (48 R. par minute). Les signes locaux s'atténuant et l'état général s'aggravant chaque jour, on semblait en droit de laisser de côté le diagnostic primitivement porté. Alors la question d'une endocardite est posée. Mais on trouve seulement à l'auscultation du cœur un souffle difficile à localiser et des bruits sourds.

D'ailleurs, rien ne vient, les jours suivants, justifier cette hypothèse.

Après une amélioration passagère (du 21 au 23), les événements se précipitent ; le 24 nov., le malade prend une teinte subictérique avec facies grippé. Les urines sont rares, foncées, contiennent des pigments biliaires. Les jours suivants, l'ictère s'accentue, il y a du sang dans les selles, et le malade succombe comme un individu infecté le 25 novembre à 1 heure de l'après-midi.



En résumé, l'observation que nous venons de rapporter concerne un homme de vingt ans qui, sans lésions pulmonaires avérées, a présenté des signes d'infection due au pneumocoque de Talamon-Frankel, comme l'a montré la culture du sang. L'infection paraît s'être localisée surtout sur le foie, et malgré l'absence presque complète de l'ictère, sans acholie pigmentaire, nous avons fait le diagnostic de cholécystite avec angiocholite.

Les signes locaux, la marche de la fièvre, ont toujours contrasté par leur gravité avec l'optimisme déconcertant du sujet.

Voyons dans quelle mesure les constatations anatomiques ont confirmé notre diagnostic.

Autopsie.

Les organes thoraciques ne présentent que des lésions minimes, la base du poumon droit est congestionnée. Le cœur pèse 305 gr. La grande valve de la mitrale est épaissie, sans végétations.

A l'ouverture de l'abdomen, on est frappé de l'épaisseur du péritoine pariétal au devant du foie. Celui-ci est très volumineux (2.850 gr.) adhérent aux organes voisins, mais lisse et uni. A la surface, on ne voit pas trace d'abcès. Reposant sur la table d'autopsie par sa face postérieure, il est débité en tranches épaisses de 3 centimètres intéressant toute la largeur.

Les premières tranches, du côté de la face diaphragmatique, montrent seulement un parenchyme congestionné avec de nombreux ilots jaunâtres. A la partie moyenne (à la 4e tranche), on voit tout à fait en arrière un abcès de la grosseur d'un petit œuf, abcès bien limité, entouré d'une coque fibreuse. Il s'en échappe un pus épais, chocolat, d'odeur fétide. La poche est remplie de fausses membranes et de débris de parenchyme. En arrière, cette collection est adjacente à une grosse veine sus-hépatique près de son abouchement dans la veine cave inférieure.

La veine est thrombosée ; le caillot occupe presque toute la lumière du vaisseau. Enfin, toute la moitié inférieure du foie est bourrée de petits abcès qui, sur les tranches successives, apparaissent comme de petites collections du volume d'un pois à celui d'une noix, dont le pus blanc jaunâtre, crémeux par places, ailleurs condensé comme du mastic, tranche sur la coloration foncée du parenchyme voisin. Il y a quelques petits ganglions au niveau du hile. La vésicule biliaire, un peu distendue, contient un liquide fluide, avec des grumeaux jaunâtres, d'aspect bouillon sale, sans aucune analogie avec de la bile. Le canal hépatique, le cystique et le cholédoque sont perméables et non dilatés. Au-devant de la tête du pancréas, on voit d'abondantes fausses membranes qui augmentent encore l'adhérence à la deuxième portion du duodénum. Au-dessous de ces fausses membranes, il y a du pus étalé à la surface de la tête. Si bien qu'il y a là une poche limitée en arrière par la tête du pancréas, en avant par des fausses membranes, et à droite par la deuxième portion du duodénum.

Le corps et la queue du pancréas sont également recouverts d'un enduit purulent. Ce sont les ganglions de la région qui se sont ramollis et ont donné naissance à ces fusées purulentes. Le pancréas est mou, mais on ne trouve pas d'abcès sur des coupes successives.

La veine splénique contient un caillot adhérent aux parois, dû sans doute à une infection secondaire par contiguïté. La veine porte est perméable dans tout son trajet.

L'estomac est très dilaté, on trouve quelques ganglions le long de la petite courbure. Les anses intestinales sont agglutinées par les fausses membranes. Celles-ci sont très abondantes dans le petit bassin.

La rate est augmentée de volume (465 gr.) congestionnée.

Les capsules surrénales sont hypertrophiées (7 gr. 8 à droite, 8 gr. 3 à gauche). Pas de lésions macroscopiques sur une coupe perpendiculaire au grand axe.

L'examen direct, la culture, l'inoculation à la souris et au cobaye, l'hémoculture du sang des animaux injectés, tous ces examens nous ont permis de mettre en évidence, à côté de colibacilles abondants le diplocoque de Talamon-Frankel.

En résumé, c'est l'abcès du foie qui est la grosse lésion. Ces abcès multiples d'origine pneumococcique s'accompagnent de suppuration des ganglions sous-hépatiques, avec diffusion du pus au-devant du pancréas, et de thrombose des grosses veines voisines.

L'examen histologique nous a montré que le caillot de la veine sus-hépatique adhère aux parois sur deux tiers de sa circonférence. Au niveau de la base d'implantation, il est impossible de distinguer l'endoveine. Dans la tunique moyenne on trouve assez facilement des cocci en diplo. Le caillot présente déjà un certain degré d'organisation. On y voit des leucocytes nombreux.

Foie. — En dehors des abcès, qui ne présentent rien de particulier, l'examen du tissu hépatique ne diffère pas sensiblement d'un point à un autre. On retrouve le pneumocoque dans les abcès et dans les espaces interlobulaires où ils forment de petits amas. Le parenchyme est profondément altéré. Les travées cellulaires sont dissociées. Les cellules, de taille inégale, sont creusées de vacuoles à contour mal limité. Les noyaux ne se distinguent pas du protaplasma.

Les capillaires intertrabéculaires sont en certains points bourrés de leucocytes. Les veines sus-hépatiques sont dilatées et contiennent de nombreux globules rouges avec quelques polynucléaires. D'autre part, ces veines sont entourées d'un tissu sclérosé comme dans la cirrhose de Laënnec.

Par contre, on ne trouve pas de lésion inflammatoire des espaces portes, fait remarquable en présence d'abcès aussi nombreux et aussi volumineux. Les rameaux artériels présentent leur aspect normal. Les parois des canalicules biliaires sont épaissies. Mais nulle part, il n'y a à proprement parler d'angiocholite. On retrouve cependant çà et là des rares pneumocoques dans les parois.

Pancréas. — Les acini sont à peu près normaux. Les îlots de Langerhans sont plus volumineux et aussi mieux limités que normalement. On y trouve de nombreux polynucléaires. Près de la tête, abcès extra-glandulaire d'origine ganglionnaire.

Le rein ne présente pas de lésions intéressantes.

Les capsules surrénales contiennent de nombreux éléments lymphoïdes à la partie moyenne de la substance corticale et des microbes : ce sont en majorité des colibacilles ; mais on trouve aussi quelques pneumocoques. Ces lésions permettent d'admettre un certain degré de surrénalite infectieuse.

L'examen histologique confirme donc pleinement l'hypothèse d'une infection pneumococcique. Le début brusque des accidents, l'herpès labial, les signes pulmonaires frustes et transitoires, il est vrai, permettent d'admettre la porte d'entrée pulmonaire de l'infection.

La maladie évolue. Et chez ce sujet alcoolique, présentant déjà des lésions de cirrhose péri-sus-hépatique, les symptômes se localisent à l'appareil hépatique. L'aspect du foie, la douleur, la marche de la fièvre, font penser à une infection suppurée. Les frissons répétés, les sueurs profuses, l'examen du sang, confirmèrent plus tard cette manière de voir. Mais cet homme n'a jamais eu d'ictère pendant le cours de la maladie. Ce n'est qu'à la période cachectique terminale, 36 heures avant la mort, qu'apparut une légère teinte subictérique. Nous avons pensé, en raison de l'absence de jaunisse, à une suppuration périhépatique juxta-vésiculaire.

Les grands accès fébriles sont bien l'indice que le pus se résorbe. Malgré tout, l'absence de propagation péritonéale en première ligne, et aussi la difficulté d'un diagnostic de localisation précise nous ont déterminé à la thérapeutique purement médicale.

Les constatations anatomiques ont justifié notre conduite. La multiplicité des abcès, la généralisation de l'infection, rendaient toute intervention illusoire.

Comment devons-nous interpréter ce cas ? Tout d'abord, il nous paraît logique d'admettre que, chronologiquement, c'est l'infection du foie qui est primitive. Cette infection se localise en certains points. D'où la formation d'abcès. Un de ces abcès se trouve près de la veine sus-hépatique qui se thrombose par contiguïté.

De même la suppuration sous-hépatique est sans doute secondaire, comme la thrombose de la veine splénique est elle-même occasionnée par cette suppuration.

Ceci étant posé, il est intéressant de rechercher l'origine de ces abcès hépatiques.

Doit-on incriminer l'infection angiocholitique ascendante ou l'infection générale sanguine ?

Les faits cliniques répondent assez bien à la première hypothèse. La marche de la fièvre, la douleur, les grands frissons, les signes locaux enfin, tout cela est du domaine des abcès angiocholitiques. L'absence de l'ictère n'est pas en opposition formelle avec cette hypothèse. MM. Gilbert et Lereboullet (1) ont signalé des angiocholites

(1) Gilbert et Lereboullet. — Angiocholites chroniques anictériques. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 avril 1903.)

chroniques anictériques ; et MM. P. Tissier et Abrami ont vu récemment, chez une femme atteinte de septicémie staphylococcique, la scène clinique se dérouler sans ictère. Et cependant, à côté de lésions généralisées, l'autopsie montra que le foie présentait des lésions très accusées d'angiocholite et de périangiocholite.

Mais si cette hypothèse cadre assez bien avec l'observation clinique, elle est inadmissible après l'examen microscopique. Une chose frappe avant tout, à l'examen du foie, c'est l'intégrité des espaces-portes. Nulle part, on ne trouve de réaction inflammatoire canaliculaire ou péricanaliculaire. Dans ces conditions il devient impossible d'admettre cette pathogénie, d'autant plus que la moindre irritation des voies biliaires extra-hépatiques retentit sur les espaces portes. C'est là un fait qu'il est facile de mettre en évidence expérimentalement.

D'autre part, la veine-porte est, elle aussi, perméable dans tout son trajet. Les ramifications intra-hépatiques ne présentent pas de lésions. Et nous avons expliqué le caillot de la veine splénique par une infection par contiguïté. Il ne nous reste donc plus que deux hypothèses. L'origine sus-hépatique ou l'origine artérielle.

La question est presque insoluble. Cependant l'origine artérielle semble l'hypothèse la plus séduisante.

Les microbes, en effet, doivent suivre le cours du sang, et non pas aller contre lui. Mais la thrombose sus-hépatique ? Il s'agit sans doute, comme nous l'avons vu, d'une thrombose secondaire.

Nous concluons donc plutôt en faveur de l'origine artérielle, donnant lieu à la formation d'abcès disséminés, sans réaction des espaces portes autre qu'une légère sclérose en rapport avec l'éthylisme antérieur.

La présence du pneumocoque dans les capsules surrénales, qui paraissent avoir une fonction antitoxique, est encore en faveur de notre hypothèse.

La structure des abcès montre encore qu'ils sont à développement lent, car le parenchyme hépatique est refoulé autour d'eux, et les travées sont imbriquées comme dans la paroi d'un kyste. Le parenchyme est détruit soit par dégénérescence cellulaire, soit par autolyse. Seuls, les espaces portes ont une structure normale, ce qui permet d'affirmer que s'il y a des microbes dans la paroi des canaux biliaires (à la vérité, ils y sont rares), c'est par infection descendante.

Enfin, nous signalerons pour terminer deux singularités cliniques : l'absence de l'ictère, ictère si fréquent dans la pneumonie franche aiguë, ictère infectieux, consécutif à la pneumococcémie, ainsi que nous l'avons rappelé au début, ictère causé par l'hépatite, la dégénérescence des cellules que nous avons constatée très accusée ici.

D'autre part, nous avons toujours été surpris de l'état d'euphorie dans lequel se trouvait notre malade.

Sans doute il faut faire une part aux réactions individuelles ici exagérées, là atténuées, et ceci surtout chez les alcooliques. Mais peut-être aussi faut-il faire une part à la nature même de l'infection.

Il semble bien que les suppurations à pneumocoques sont, parmi les infections microbiennes, celles qui sont le mieux supportées, beaucoup mieux en général que les infections streptococciques ou éberthiennes par exemple.

En somme, ce cas nous a montré l'existence d'abcès multiples du foie provoqués par l'apport, dans le parenchyme de cet organe, de pneumocoques qui ont pénétré dans l'organisme à la faveur d'une localisation pulmonaire éphémère, et que le peu d'intensité ne permet pas d'appeler pneumonie. Or, contrastant avec la bénignité de l'altération du poumon, l'affection hépatique a occupé toute la scène morbide. Sa gravité a dépassé de beaucoup les atteintes ordinaires du foie dans la pneumococcémie qui se traduisent simplement par l'ictère. Néanmoins, nous estimons que la pathogénie des suppurations hépatiques que nous avons étudiées doit être considérée dans ce cas comme de même origine que dans les ictères étudiés dans ces derniers temps, c'est-à-dire d'origine hématogène.

Syphiligraphie

A propos des stomatites mercurielles frustes;

Par le Dr MAINGUY
Directeur de l'école de stomatologie de Nantes.

Dans un article qui me semble trop long pour le cadre de ce journal puisqu'il comprend près de quarante pages, je me propose de répondre *in extenso* aux travaux du docteur Milian sur les stomatites mercurielles frustes. La *Province dentaire* ou la *Revue de stomatologie* publieront ce travail, mais puisque mon confrère le Dr Milian a si aimablement mis à ma disposition les colonnes du *Progrès médical*, je vais exposer ici, sous une forme concise, quelles sont mes idées au point de vue de l'article qu'il a publié sur les stomatites.

Notre confrère divise son travail en trois parties : la première partie est consacrée à l'étude des stomatites aiguës localisées.

Il y décrit une gingivite périphérique, un décollement rétro-molaire, une gingivite médiane inférieure, une stomatite génienne (je pense qu'il a voulu dire jugale puisqu'il s'agit des joues et non des apophyses geni), une glossite mercurielle, une stomatite du voile, et enfin un déchaussement des dents avec déplombage concomitant.

Or, je puis affirmer et prouver au Dr Milian que toutes les lésions qu'il nous décrit ici comme étant pathognomoniques de l'action du mercure sur la bouche ne sont en réalité que des lésions de stomato-gingivites toxi-infectieuses banales que nous rencontrons à chaque pas dans notre pratique chez des gens non-syphilitiques et, qui plus est, n'ayant subi en aucune façon, ni sous aucune forme, l'approche ni l'atteinte du mercure.

Toutes ces lésions sont le résultat d'un même processus : d'une part, la diminution de la résistance au niveau d'un point faible de l'arcade, d'autre part la modification du milieu, qui augmente la faiblesse de ce point et exalte la virulence de la flore poly-microbienne buccale ; le mercure agit ici au même titre que la malpropreté, que le manque d'hygiène buccale, et l'on peut affirmer que dans une bouche mise parfaitement au point aucune des lésions décrites par l'auteur ne saurait se produire.

Le décollement rétro-molaire distal, jugal, lingual ou mésial, pas plus que la languette, que le capuchon infecté, bourgeonnant et saignotant, suivant l'expression du Dr Milian, ne sont pathognomoniques de la stomatite mercurielle; ils sont pour nous monnaie courante, et il y aurait mauvaise grâce à insister sur ce sujet.

Ai-je besoin d'attirer l'attention sur les localisations jugales et dois-je dire que l'ulcération à l'emporte-pièce au niveau de la face interne des joues ou des dernières molaires se rapproche plutôt de la stomatite ulcéro-membraneuse que de la stomatite mercurielle, dont elle n'a rien de pathognomonique.

La description d'une glossite mercurielle, d'une stomatite

des piliers et du voile nous laisse absolument sceptique, ce sont toujours là des lésions buccales que nous trouvons dans toutes les stomatites septiques ou toxi-septiques.

Le déchaussement des dents, l'ébranlement des dents, sont fonctions de ligamentite ascendante externe dont le point de départ a été le ligament du collet. Toutes les infections gingivales peuvent les produire, depuis la collerette de tartre vivante et septique, jusqu'à la pyorrhée alvéolo-dentaire, la trop fréquente poly-arthrite expulsive. Pour ce qui est du déplombage des dents par le mercure, il est de règle chez nous que le meilleur travail fait dans une bouche mal entretenue ne saurait durer, et qu'un travail médiocre résistera longtemps dans une bouche bien soignée, mais le malade dont parle notre confrère et qui vit ses obturations tomber sous l'influence du mercure contenu dans sa salive doit être l'unique observation qui existe.

Dans une seconde partie de sa publication, le Dr Milian établit des stomatites catarrhales, névralgiques aiguës et nous décrit ainsi la première : diminution de l'appétit, fétidité de l'haleine, dite mercurielle, proche de l'odeur fécaloïde; un goût métallique ; la langue est grosse, œdémateuse, recouverte d'un enduit saburral, la langue est pileuse, il y a une constipation opiniâtre avec expulsions de gaz sonores abondantes et fétides, suivies de diarrhées d'élimination que l'auteur compare aux diarrhées post-prandiales de Linossier.

Et comme conclusion, la stomatite fait ici partie d'un embarras gastrique intestinal général. C'est précisément le seul diagnostic qui s'impose à la lecture de cette description. Le goût métallique n'est nullement pathognomonique, il peut être purement illusoire de la part du malade quant à l'odeur fécaloïde, si notre confrère Milian était à ma place, il se rendrait compte qu'il n'y a pas besoin d'absorber du mercure pour avoir une haleine à odeur fécaloïde et qu'une simple stomatite septique suffit largement à cela.

Chaque fois que des troubles sérieux se produisent dans la gencive et surtout dans sa partie ligamenteuse péri-dentaire il en résulte un certain degré d'arthrite ascendante externe due à toute autre cause qu'à l'action du mercure, et c'est là l'explication de cette névralgie irradiée à l'oreille du côté correspondant surtout s'il s'agit du maxillaire inférieur, unilatéral, bien entendu, alors que précisément on s'expliquerait mal que la névrite médicamenteuse ne touchât pas à la fois les deux dentaires inférieurs.

Chaque nouvelle piqûre donne une poussée, dit le Dr Milian ; chaque fois aussi, disons-nous, la lésion gingivale que vous n'avez pas su prévenir s'accentue sous l'influence de la diminution de la résistance produite par le médicament et comme conséquence les irradiations douloureuses névralgiques s'accentuent. Il n'y a donc là rien de pathognomonique, puisque toute arthrite ou gingivite peut produire les mêmes effets, ce que nous voyons chaque jour dans notre clientèle.

En un mot, et pour résumer mon opinion sur cette partie du travail du Dr Milian, il n'y a pas à proprement parler de stomatite mercurielle fruste. Il existe, dans toutes les bouches en mauvais état des stomatites toxi-septiques redoutables, du type si bien décrit par Gallipe et Cruet, et toute l'erreur vient de ce fait, c'est qu'il faut s'entendre sur ce qu'est ou n'est pas *une bouche en état*.

Dans une bouche ainsi comprise, le mercure est sans action si le dentiste chaque jour surveille son malade. Voici donc ce que j'entends par bouche mise en état, apte par conséquent à recevoir un traitement mercuriel intensif.

Primo. — Le stomatologiste ou le dentiste doit être choisi parmi les praticiens connaissant parfaitement leur spécialité adroits, propres et expérimentés, la moindre faute dans la préparation de la bouche entraînant immédiatement des accidents du côté du traitement.

Les espaces interstitiels dentaires, les languettes gingivales, les collets doivent être débarrassés avec le plus grand soin de toutes les parcelles les plus infimes de tartre ; il faut que tous les culs-de-sac gingivaux soient nettoyés, désinfectés, et souvent supprimés, il faut que toute obturation soit faite et parfaitement polie, que toute partie rugueuse aiguë, tranchante, soit arrondie et polie à la meule et à la ponce, que toute racine, tout chicot, soit enlevé avec soin, il faut que les dents soient parfaitement à leur place qu'il n'y ait ni malposition, ni épaulement par conséquent, il faut que les dents de sagesse soient parfaitement dégagées, qu'elles ne soient pas logées dans la branche montante, ou encapuchonnées pour celles du bas, ou encore décollées dans leur face distale, qu'elles ne viennent pas frotter et traumatiser la muqueuse jugale pour celles du haut. Il faut enfin éviter, si possible, d'intervenir lorsqu'il y a des dents en voie d'évolution ; joignez à cela les soins quotidiens pris par le malade et une surveillance bi-hebdomadaire par le dentiste, assurez-vous de l'intégrité du filtre rénal ; et après avoir tâté la susceptibilité du malade, vous pourrez hardiment atteindre, comme notre confrère Duhot, de Bruxelles, des doses de 14 centigrammes d'huile grise tous les 5 jours et répétées plus de 15 à 20 fois.

J'en arrive à la 3e partie du travail du Dr Milian « Les lacunes cunéiformes, dit-il, ou érosions dites chimiques des dents, sont une manifestation de stomatite mercurielle. » Je réponds sans hésitation : erreur absolue.

Les érosions ou hypoplasies de l'émail sont connues: elles sont fonction de microbes sur le sac dentaire. Zsigmondi, Capdepont, et dernièrement Pasini, de Milan, Lombardo, de Modène, et Cavallaro, de Florence, ont surpris le spirochète en pleine action destructive ; quant aux lacunes cunéiformes, j'affirme au Dr Milian qu'il pourra les trouver chez les neuro-arthritiques soigneux de leur bouche, qu'il rencontrera dans sa clientèle et dans la proportion de 8 à 10 pour cent et chez des gens absolument indemnes de mercure et non syphilitiques.

Au reste j'ai demandé à la dernière réunion de la Société de Stomatologie l'avis de nos confrères, et tous sont unanimes à déclarer que le mercure ne saurait en aucune façon être incriminé dans la production des lacunes cunéiformes.

Voici ce que le Dr Milian, rapportant une observation de Frey a écrit à ce sujet :

« Deux de mes clients, dit Frey, M. et Mme de L..., emploient la même formule de poudre, aussi souvent, avec le même numéro de brosse ; lui présente des érosions, elle en est indemne, mais lui a de grandes dents blanches bien calcifiées, elle a des dents molles mal calcifiées présentant de multiples caries ; lui a un tempérament de goutteux neuro-arthritique, elle est affaiblie par de multiples accidents utérins. »

Le Dr Milian conclut : « Il ne me paraît guère conforme à la vraisemblance que les dents dures de M. de L..., se soient ulcérées, tandis que les dents molles de Mme de L..., restaient indemnes sous l'influence du brossage. Il est plus simple de penser que M. de L... avait la syphilis et s'en soignait et Mme de L... ne l'ayant pas ou l'ignorant, ne s'en soignait pas. »

Or, mon excellent confrère et ami le Dr Frey, qui assistait à la séance de la Société de stomatologie, répondant à ma question, prit la parole et dit :

Ayant eu l'occasion de revoir il y a quelques jours M. et Mme de L..., quel ne fût pas leur étonnement lorsque je leur lus l'article du Dr Milian où ils se reconnurent et qui m'incitait à porter chez l'un d'eux le diagnostic de syphilis et de stomatite mercurielle. Or, j'ai de bonnes raisons de penser que ni M. ni Mme de L....., n'ont jamais eu la syphilis et ne sont soumis en aucune façon à l'action du mer-

cure. Et il ne me fut pas facile de calmer la fureur de M. de L...., qui ne parlait de rien moins que de provoquer une ennuyeuse affaire. Voilà, je crois, une observation qui montre avec clarté qu'il faut se garder de porter une accusation aussi grave sur la constatation d'une lésion banale comme les lacunes cunéiformes et que, dans l'intérêt même de la thérapeutique de la syphilis et du malade, il faut éviter de rendre responsable le mercure d'accidents dont il est parfaitement innocent. Il ne doit pas être le *panem quotidianum* de tout être humain ; c'est entendu, mais il faut se garder d'en avoir une incompréhensible phobie.

Les stomatites mercurielles frustes;

Par le Dr MILIAN.

Ainsi qu'on vient de le voir par l'article ci-dessus, le Dr Mainguy nie toutes les formes de stomatite mercurielle frustes que j'ai décrites dans ce journal (1)

Son argumentation est d'ailleurs simple: il nie purement et simplement. Il base sa négation sur ce fait qu'il rencontre ces formes de stomatite chez des personnes non syphilitiques, qui ne prennent pas de mercure, et affirme que ces stomatites ne se rencontreront jamais chez des personnes mercurialisées dont la bouche a été mise en état par un dentiste expérimenté.

Je me demande même, après la lecture de cet article, si le Dr Mainguy croit à l'existence de la stomatite mercurielle.

A cette longue négation, je ne répondrai pas très longuement.

J'apporte des faits *positifs* : toutes les formes de stomatite que j'ai décrites, je les ai vues se développer au cours du traitement mercuriel, cesser en même temps que lui, et reprendre avec lui. Aucune négation ne prévaudra contre ces faits positifs.

Et maintenant, quand je rencontre l'une d'elles avec ses caractères pathognomoniques, j'affirme sans restriction que le malade est soumis à une intoxication mercurielle thérapeutique ou accidentelle et toujours l'interrogatoire le vérifie.

Que M. Mainguy ne rencontre ni la syphilis, ni le mercure chez les sujets qui viennent le consulter pour leurs dents, je n'en suis nullement surpris. Il faut mal connaître la psychologie de ces malades pour faire état de leurs négations. Ils nient la syphilis à leur médecin, souvent même au spécialiste qu'ils ont consulté, à plus forte raison la nieront-ils auprès du dentiste.

Dernièrement, un de mes malades venait chez moi et me tenait ce langage :

« Docteur, je suis très ennuyé. Mon dentiste, qui me soigne depuis des années, vient de me dire subitement aujourd'hui en regardant mes dents que j'avais la syphilis et que je prenais du mercure. Un docteur du nom de Milian, m'a-t-il dit, prétend que ce que vous avez aux dents est dû au mercure !

Je niai énergiquement, comme bien vous pensez.

J'ai même feint de ne pas vous connaître. Alors, mon dentiste m'a accusé d'arthritisme, et vous d'ignorance, vous conseillant de vous en tenir aux choses de votre partie et non de la sienne ! »

Or, il s'agissait d'érosions cunéiformes que j'avais vues se développer au cours de mon traitement, s'arrêter pendant les repos médicamenteux et reprendre avec les cures hydrargyriques.

M. Mainguy n'aura pas davantage les confidences de ses clients que le dentiste parisien dont il s'agit.

Quant à la question du nettoyage de la bouche avant de commencer la cure mercurielle, tout le monde s'y accorde depuis longtemps. La meilleure prophylaxie de la stomatite mercurielle réside dans une mise en état parfaite des dents et des gencives, avant toute mercurialisation. Chacun le sait et beaucoup le font, mais si les microbes des bouches malpropres sont facteurs de stomatites, il ne s'ensuit pas que le mercure n'en soit pas un, et en cette matière il est depuis longtemps montré que si les microbes sont la cause efficiente de la stomatite, le mercure en est la cause déterminante ou occasionnelle. Le facteur mercure est si important qu'il suffit de le supprimer pour que le facteur microbes rentre dans l'ordre.

L'inverse n'est pas aussi facile. Car s'il est possible de supprimer toute introduction du mercure dans l'organisme, il l'est beaucoup moins de supprimer la totalité des microbes qui pullulent dans les multiples recoins de la cavité buccale.

M. Mainguy termine en disant: « Il faut éviter de rendre responsable le mercure d'accidents dont il est parfaitement innocent. Il ne doit pas être le *panem quotidianum*, de tout être humain ; c'est entendu, mais il faut se garder d'en avoir une incompréhensible phobie ».

Il y a des gens qui reprochent au syphiligraphe de donner trop de mercure ; c'est une agréable compensation que de s'entendre accuser d'en avoir la phobie.

(1) Le *Progrès Médical*, 3 juillet 1909, p. 368 ; 9 octobre 1909, p. 513.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Pour servir à l'histoire des variations de l'hygiène.

L'observation journalière des malades fournit aux praticiens d'intéressants sujets de méditation. Après avoir dû croire que, seules, les squames des scarlatineux constituaient un danger de contagion, ils sont maintenant sollicités de penser que tout le mal vient de la gorge, et ceux qui enseignent concilient le dogme d'hier et celui de demain en disant que les squames contagieuses ont été souillées par le mucus buccal ou pharyngé. Il semble bien cependant que ceux qui incriminent ces sécrétions buccales et pharyngées ont quelquefois raison, mais jusqu'à quand ? Nous ignorons encore si l'agent pathogène est une bactérie, ou bien un protozoaire que l'on trouverait entre les cellules épithéliales et dans les exfoliations épidermiques des convalescents.

J'ai eu l'occasion, en quelques années, de soigner quatre cas de scarlatine qui, parmi d'autres, semblent permettre une conclusion, au point de vue de la contagion. Il s'agissait, dans l'un, d'une couturière qui eut une scarlatine classique et régulière ; appelé d'abord pour l'angine avant l'éruption, je prescrivis et fis continuer longtemps d'abondantes irrigations de la gorge ; mais, dès que la fièvre eut cessé, cette femme, qui était à la tête d'une importante maison, ne put se résoudre à en abandonner plus longtemps la direction ; et, tandis que, pour moi toutes les règles de l'hygiène étaient observées : blouse, brosse, savon spécial, les ouvrières allaient et venaient dans la chambre de la malade, l'une d'elles y travaillait constamment ; des étoffes étaient étalées et examinées sur son lit et les clientes venaient prendre conseil de la malade, montrer leurs essayages, toutes étant au courant de la maladie, mais affirmant leur mépris de la contagion malgré mes objections, mes récriminations. Et une enquête sévèrement conduite n'a pu montrer qu'un seul cas de scarlatine eût été provoqué par celui-ci.

La seconde observation a trait à une petite fille auprès de laquelle j'ai été appelé parce qu'elle venait de faire une chute, sans gravité, du reste. En l'examinant, je n'observai, sur la peau, rien d'anormal. Le lendemain, je fus rappelé parce que cette enfant avait une éruption qui la faisait beaucoup souffrir, et de la fièvre ; elle n'avait pas et n'eut jamais mal à la gorge ; le diagnostic ne put être véritablement fait qu'au moment de la desquamation. Mais une sœur jumelle de la malade qui avait joué avec elle jusqu'à ce que parut l'éruption, fut prise, cinq jours après, d'une scarlatine classique.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un homme de 28 ans, qui eut une angine et de la fièvre. Je pensai à la scarlatine ; mais le malade et son entourage m'affirmèrent qu'il l'avait eue déjà, huit ans auparavant, et me décrivirent minutieusement la marche de l'affection. Le mal de gorge constitua à peu près toute la maladie ; il atteignit rapidement et garda pendant une quinzaine de jours une grande intensité ; je pensais toujours à une récidive de scarlatine, mais ma conviction ne fut bien assurée qu'au moment où une éruption très discrète apparut, surtout au moment de la desquamation. Le traitement consista uniquement dans un traitement antiseptique de la bouche et du pharynx. Des squames, le malade s'inquiéta peu ; pas un cas de contagion n'eut lieu dans son entourage.

Il s'agit enfin d'un enfant de trois ans et demi, qui eut une scarlatine très violente comme température, angine, éruption et dont la desquamation se prolongea longtemps. L'entourage ne fit rien pour se préserver des squames ; aucun cas de contagion.

Dans toutes ces observations (1), l'entourage des malades n'a pas craint le transport du germe morbide par les squames, et l'événement lui a donné raison. Mais, dans toutes, la thérapeutique a été systématiquement dirigée contre les sécrétions de la bouche, de la gorge et de l'arrière-nez, contre les microbes qui y sont localisés et contre leurs toxines. Il semble que le traitement curatif a été en même temps préventif vis-à-vis de ceux qui approchaient les malades. Je sais bien que tous ceux qui approchent les scarlatineux ne contractent pas forcément la maladie ; mais ils ne l'ont surtout pas disséminée. Cela tient sans doute à ce que tous les objets portés à la bouche étaient strictement personnels, sauf dans le cas des deux jumelles qui se sont servies, un jour ou deux, des mêmes jouets ; ainsi s'expliquerait ce cas de contagion.

Je suis assuré que chacun de nous pourrait produire de nombreux exemples analogues pour la scarlatine et peut-être pour d'autres maladies.

Que deviendra le dogme de la déclaration et même celui de la désinfection obligatoires !

Doit-on désinfecter les malades ou les meubles ? Comment concilier la parole des hygiénistes en chambre et celle des cliniciens ?

André Lombard.

(1) Après guérison, on a toujours désinfecté l'appartement et le mobilier.



MÉDECINE PRATIQUE

Un drain circulaire bicourant pour le drainage des collections du Douglas ;

Par le Dr M. Chaton, de Besançon.

En présence d'une collection du Douglas et en particulier d'une salpingite prolabée dans le cul-de-sac postérieur avec indication d'ouverture et de drainage par voie vaginale, si le premier temps (ouverture) est toujours réalisable facilement, le second (drainage) est souvent exécuté d'une façon imparfaite, car il présente de réelles difficultés tenant à la mise en place d'un drain dans une région qui n'est abordable qu'au bout de longues pinces et surtout à la fixation de ce dernier.

Pour le drainage de ces collections, un drain est classique, d'un usage courant et connu de tout : c'est le drain en croix.

S'il présente de réels avantages, il a aussi des inconvénients, et pour juger de sa valeur, nous l'étudierons aux quatre points de vue qui nous paraissent capitaux pour juger de la valeur d'un drainage effectué dans de telles conditions et qui sont :

1° La facilité de confection (puisqu'il s'agit d'une opération qui rentre dans la classe des opérations d'urgence).

2° La facilité de mise en place ;

3° La fixité ;

4° Les avantages présentés dans les lavages de la poche drainée.

Or le drain en croix qu'on a l'habitude de se procurer chez un fabricant peut difficilement être réalisé d'une façon extemporanée par l'opérateur. Construit sans soudures et d'une façon défectueuse, il peut être dangereux et créer au moment de l'extraction, des ennuis au chirurgien. Nous avons vu la branche transversale d'un drain construit ainsi et insuffisamment fixée à la branche longitudinale rester incluse dans la poche au moment de la traction sur cette dernière et nécessiter une nouvelle chloroformisation.

Il est d'une mise en place parfois difficile Si l'on veut, en effet, mettre un drain en croix qui tienne, soit régulièrement placé, suffisamment profond, il faut relever en haut vers l'extrémité de la croix les deux portions latérales de la branche transversale et saisir avec la pince porte-drain les trois drains ainsi accolés. Ce n'est pas toujours chose facile, la pince dérape sur le caoutchouc glissant, les drains glissent les uns sur les autres.

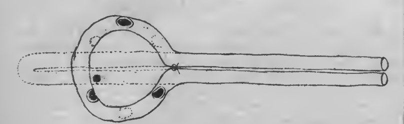
La fixité de ce drain, mis en place et bien mis, est, il faut le reconnaître, parfaite et on ne peut à ce sujet lui adresser aucun reproche.

Mais si ultérieurement, on est amené à pratiquer des lavages, le drain en croix à branche longitudinale unique est absolument inférieur. Les premiers jours, l'eau de lavage ressort facilement au niveau de l'incision pratiquée au pourtour du drain longitudinal. Plus tard, quand la plaie s'est rétrécie sur ce dernier, on est obligé de faire entrer et ressortir les liquides de lavage par le même orifice après distension de la poche. De plus, rien ne permet de contrôler le degré de perméabilité des branches transversales.

Dans plusieurs cas de nécessité, où nous n'avions pu nous procurer de drains en croix, nous avons utilisé un drain circulaire, fabriqué extemporanément et très facilement. Ce drain nous a donné toute satisfaction et il nous a paru utile de le signaler aux praticiens.

Ce drain, que nous appelons drain circulaire bicourant est d'une réalisation des plus simples. Il suffit d'avoir a sa disposition un tube à drainage non perforé de 8 à 10

mm. de diamètre et d'environ 50 cent. de long. On le trouve facilement dans toutes les maisons de santé et tout chirurgien peut en emporter un semblable sans encombre dans son sac opératoire d'urgence ainsi que nous avons coutume de le faire.



Soit donc à réaliser, à l'aide de ce long tube, un drain circulaire d'un diamètre de 5 cm. environ (ce qui est une dimension convenable) : je le replie par le milieu et en accolle les deux moitiés. J'ai ainsi un U très allongé ; je saisis l'anse ainsi formée entre le pouce et l'index et m'éloigne progressivement de sa terminaison, laissant de centimètre en centimètre le drain reprendre sa position naturelle, position circulaire, qui lui est imposée par son élasticité ; au moment où je juge le diamètre circulaire convenable, je remplace le rapprochement temporaire créé à l'aide de mes doigts par un rapprochement permanent réalisé à l'aide de deux points de suture, l'un antérieur et l'autre postérieur (à la soie ou au crin) ne pénétrant que très superficiellement les drains.

La portion circulaire du drain ainsi constituée est destinée à être introduite dans la cavité à drainer ; les deux branches parallèles qui la continuent sont destinées à suivre le conduit vertical jusqu'à la vulve.

Reste à perforer la portion circulaire du drain. Rien n'est plus simple et le chirurgien peut pratiquer sur les parties latérales, antérieures et postérieures les orifices qu'il juge convenables.

La mise en place du drain ainsi confectionné s'effectue de la façon suivante. Il suffit de saisir latéralement, à l'aide de la pince à drain sa portion circulaire, d'en ramener les deux branches au parallélisme, puis d'introduire la pince ainsi armée dans la cavité à drainer.

La pince relâchée, le drain se dilate, reprend sa forme circulaire et de ce fait même tient en place.

Mais c'est surtout au point de vue des lavages que le drain circulaire bicourant présente des avantages. L'eau, introduite alternativement par l'un ou l'autre des orifices des deux drains parallèles qui le terminent, lave parfaitement la poche et ressort par l'autre orifice. De cette façon pas de danger de distension trop considérable de la poche et de pénétration du liquide dans le péritoine. D'autre part, dans l'intervalle des lavages, avantage d'un double drainage.

L'extraction en est des plus simple et se fait par simple traction.

En résumé, nous avons cru intéressant de signaler au point de vue pratique ce drain circulaire bicourant à cause de sa rapidité et de sa simplicité de fabrication à la portée de tout praticien. Non seulement, il nous paraît susceptible de remplacer en cas de necessité le drain en croix, mais il nous paraît présenter sur ce dernier des avantages qui sont : la facilité plus grande d'introduction et surtout un drainage plus complet, un lavage meilleur et sans danger de la poche drainée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril 1910.

Sur l'action favorisante exercée par certaines atmosphères putrides (miasmes) sur la vitalité des microbes. — M. *Trillat*, pour démontrer l'influence favorable de l'air vicié sur la vitalité des microbes, a composé des atmosphères artificiellement souillées dans lesquelles il a exposé divers germes pathogènes, tels que les bacilles de la diphtérie, de la typhoïde, de la peste, etc.

Les recherches concernant l'analyse de la substance activante commune aux divers gaz putrides a permis de reconnaître la présence d'un produit volatil azoté, très peu stable, appartenant probablement à la famille des amènes, se décomposant avec production d'ammoniaque libre.

L'auteur pense que les souillures de l'atmosphère, si nombreuses et si variées, peuvent constituer, quand elles sont accompagnées de certaines conditions d'humidité et de température, des ambiances très favorables à la conservation des germes pathogènes et, par suite, à la propagation des épidémies. D'après quelques anciens hygiénistes, les miasmes des maladies étaient véhiculés par les mauvaises odeurs ; on ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre cette vieille théorie et les résultats de ces essais.

Contribution à la sémiologie de la surdité. Nouveau signe pour en dévoiler la simulation. — M. *Lombard* part de ce fait : quand on assourdit un sujet entendant normalement au moyen d'appareils dits assourdisseurs, l'intensité de la voix parlée, chez le sujet, augmente brusquement.

En produisant des alternances d'audition et de surdité expérimentales, on obtient des alternances correspondantes d'augmentation et de diminution de l'intensité vocale.

On comprend l'importance de pareils faits en matière d'expertise médico-légale pour reconnaître la simulation ou la dissimulation de la surdité.

Détermination indirecte de la richesse bactérienne du lait de vache. — M. *Sarthou* (de Bougie) Benjamin Bord.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 avril 1910.

Du rôle double du calcium dans la coagulation du sang et de la lymphe. — MM. *Stassano et Daumas*, en cherchant à approfondir le mode d'action des sels solubles de chaux dans la coagulation, ont constaté que le calcium intervient à deux moments successifs de ce phénomène, et qu'il révèle son maximum d'activité à deux concentrations bien différentes :

1° Le calcium intervient dans la formation du fibrin-ferment en agissant sur ses deux générateurs albuminoïdes. Ce sont de très petites doses de calcium qui se montrent le plus actives dans cette phase ;

2° Dans la formation de la fibrine : il intervient alors seulement à dose relativement forte.

Dans l'une et l'autre intervention, le calcium peut être substitué par d'autres métaux, particulièrement par le strontium et le baryum ; mais il se révèle également, dans les deux interventions, doué d'une activité tout à fait prépondérante.

De l'influence du régime sur la production de l'athérome spontané. — M. *Weinberg*. — Quelques cliniciens très éminents ont incriminé le régime carné comme facteur étiologique de l'athérome. Or, des investigations portées sur des animaux de différents régimes, tels que lapin, cobaye, cheval, chien, rat d'égoût, chien de mer et Urubu, oiseau de proie essentiellement carnivore, il résulte que l'athérome spontané se rencontre surtout chez certains herbivores. Au fur et à mesure qu'on se rapproche des carnivores stricts, les lésions athéromateuses deviennent de plus en plus rares.

L'état de putréfaction de la viande ingérée par l'Urubu sain ne paraît pas produire l'athérome chez cet animal. Mme Phisalix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 avril 1910.

A propos du procès-verbal. — MM. ***Linossier*** et ***Lemoine*** reviennent sur ce fait, qu'il existe dans les aliments des néphrotoxines qui, insuffisamment détruites, peuvent donner lieu à des albuminuries digestives, mais ce n'est pas là le seul mécanisme de ces albuminuries, qui sont souvent des albuminuries de causes associées. Les modifications de la circulation rénale y jouent aussi souvent un rôle, et la preuve en est que l'orthostatisme accentue souvent ces albuminuries digestives. Mais la preuve des influences circulatoires n'est pas faite. La guérison des albuminuries dyspeptiques ne peut être considérée comme une preuve qu'elles sont indépendantes de toute lésion ; elle prouve seulement qu'il s'agit de lésions curables.

Méningite urémique toxi-infectieuse. — MM. ***A. Chauffard*** et ***Cl. Vincent.*** — Pour établir le diagnostic d'une méningite urémique, il est nécessaire de pratiquer un triple examen chimique, cytologique et bactériologique. La plupart des observations publiées jusqu'à ce jour ne remplissent pas ces conditions dont le cas suivant montre toute l'importance.

Une jeune femme atteinte de néphro-sclérose avec de petits signes d'urémie gastrique est prise brusquement de crises éclamptiques et tombe dans le coma avec respiration de Cheyne Stokes typique, signe de Babinski, et une réaction fébrile qui s'élève progressivement à 40°. L'analyse du sang des vomissements, du liquide céphalo-rachidien (qui contenait 3.60 d'urée) démontre l'existence d'une *urémie azotémique* confirmée également par l'autopsie. Mais de plus l'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien permettait de constater la présence de nombreux polynucléaires et de pneumocoques typiques paraissant expérimentalement peu virulents.

A l'urémie azotémique s'associait donc une *méningite pneumococcique* ayant pour point de départ histologiquement constaté une méningo-radiculite pneumoccique.

On peut donc conclure que l'examen d'une séreuse enflammée au cours du mal de Bright comporte, pour être complet et en dehors de l'investigation clinique ordinaire, d'une part l'analyse chimique de l'exsudat séreux, d'autre part un examen cytologique et bactériologique du même liquide. D'après ces données, la question des urémies fébriles est à reprendre, en tenant compte de la fréquence des associations pathogéniques complexes, à la fois infectieuses et toxiques.

M. ***Rist*** rapporte l'observation d'une échinococose splénique ayant simulé une splénomégalie vraie. Diagnostic par la déviation du complément. Opération, guérison. Considérations hématologiques.

L'auscultation sus-claviculaire du poumon dans la tuberculose au début. — M. ***F. Ramond.*** — La tuberculose pulmonaire débutant presque toujours par le sommet, c'est donc dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule que portent habituellement toutes les investigations. Cependant, comme le sommet dépasse légèrement la clavicule, on ausculte aussi quelquefois la région sus-claviculaire. Or l'anatomie nous apprend que le dôme pulmonaire affleure surtout au-dessus de la portion interne de la clavicule ; ce n'est donc pas seulement au niveau du triangle sus-claviculaire que doit porter l'examen, mais également plus en dedans, au niveau du chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien et de la fossette adjacente.

Comme pour l'examen du triangle sus-claviculaire, il est préférable, pour celui de cette fossette, d'user de l'auscultation directe sous stéthoscope, toutes les fois que la chose sera possible. Pour cela, on se place du côté opposé à celui que l'on veut ausculter, la tête du malade, un peu inclinée étant en rotation légère. Normalement, on perçoit dans cette fossette une respiration assez forte, renforcée par le souffle trachéal. Dans le cas de tuberculose au début, il peut y avoir des modifications précoces du rythme respiratoire, qui permettent souvent d'affirmer un diagnostic hésitant. Mais il ne faut pas demander à ce genre d'auscultation plus qu'il ne peut donner, l'auscultation des régions habituelles lui étant nettement supérieure dans la grande majorité des cas.

Etude clinique des métastases intestinales du cancer de l'estomac. Importance diagnostique des métastases rectales. — R. ***Bensaude.*** — L'auteur rapporte quatre observations personnelles et fait à ce propos une étude des métastases intestinales du cancer de l'estomac. Celles-ci peuvent se produire de dedans en dehors par greffe péritonéale. Cette dernière variété est la plus importante ; elle affecte deux aspects principaux : la forme nodulaire et la forme sténosante. Cliniquement, les observations peuvent se placer en trois groupes : le 1er comprenant les cas où les symptômes gastro-intestinaux manquent, le 2e où les symptômes gastriques existent seuls ou sont prédominants, et enfin un 3e groupe où les symptômes intestinaux (obstruction, péristaltisme) dominent le tableau clinique. De toutes les métastases, celle du rectum est la plus intéressante parce que accessible aux procédés d'exploration habituels. Elle se traduit par une infiltration des couches profondes du rectum occupant la paroi antérieure seulement ou toute la circonférence de l'organe et commence à 5, 6 et 8 centim. au-dessus de l'anus. Toutes les fois qu'on soupçonne un cancer de l'estomac, la constatation d'une pareille infiltration viendra confirmer ce diagnostic. Le cancer de l'estomac affecte alors presque toujours la forme de la linite plastique et s'accompagne d'autres métastases étagées le long du tractus intestinal. Les métastases ont été souvent confondues avec les tumeurs primitives et enlevées comme telles. Leur caractère différentiel, facile à vérifier au niveau du rectum, est l'absence d'exulcérations de la muqueuse et de masses fongueuses. Les organes où se produisent de préférence les noyaux secondaires du cancer de l'estomac sont souvent indemnes dans cette forme de cancer gastro-intestinal. Le chirurgien doit rechercher de parti pris les métastases intestinales surtout quand il se trouve en présence d'une linite cancéreuse, car elles dictent tantôt l'abstention, tantôt des interventions multiples.

Démence précoce post-traumatique à forme catatonique. — MM. ***Simonin et Benon*** apportent une nouvelle contribution à l'histoire des complications mentales prochaines et durables des traumatismes craniens. Chez un jeune homme de 24 ans, une fracture de la base du crâne, par précipitation d'un lieu élevé, fut tout d'abord suivie d'un coma de courte durée, puis d'un état confusionnel, d'agitation motrice avec excitation intellectuelle et fièvre vespérale jusqu'au 6e jour. Tout semblait devoir rentrer dans l'ordre, quand un mois après surviennent des céphalées paroxystiques, de l'apathie, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, de l'inertie physique, de l'immobilité, de l'indifférence affective. Cet état asthénique est traversé, de temps à autre, par des colères brusques, des impulsions violentes. Enfin on voit s'installer le tableau classique de la démence précoce à forme catatonique, accompagnée de gloutonnerie et de polysarcie, de tics, de stéréotypie, d'hypotension artérielle.

Vingt-trois mois après l'accident l'état du malade est stationnaire, sans aucune tendance à l'amélioration.

En présence d'une psychose aussi nettement caractérisée, on se demande quelle est exactement la part du traumatisme dans son éclosion ? Est-il cause déterminante ou simplement occasionnelle ? En d'autres termes, ne faut-il pas faire intervenir une prédisposition chez l'intéressé ?

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique et médico-légal, il s'agit bien là d'une psychose post-traumatique donnant droit à une indemnité quand il s'agit, comme dans le cas présent, d'un accident du travail. Le pronostic apparait enfin comme très grave au point de vue de la durée de l'affection et de l'incapacité qu'elle entraîne. Ce syndrome traduit d'ailleurs probablement des lésions neuro-épithéliales, qui n'ont aucune tendance à la régression. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1910.

Les embolies mortelles en chirurgie. — M. ***Delbet.*** — M. Quénu nous a récemment entretenus des morts subites ou rapides consécutives aux opérations. On attribue ces décès à des embolies, mais ce diagnostic a été bien rarement confirmé. C'est ainsi que j'ai vu mourir dans mon service un alcoolique atteint de fracture par écrasement de l'extrémité supérieure du tibia. La pédieuse ne battait plus. Mon interne débrida, enleva les

caillots, nettoya la plaie et les battements reparurent. Le blessé mourut subitement le lendemain. Or, à l'autopsie nous n'avons trouvé aucune embolie.

Je crois que ces morts sont souvent dues aux altérations des capsules surrénales par le chloroforme, altérations qui sont si nettes chez le cobaye qu'on peut, à les voir, reconnaître le temps pendant lequel l'animal a été chloroformé. C'est pour combattre cette influence néfaste du chloroforme que je fais toujours à la fin des opérations à mes malades une injection de deux dixièmes de milligramme d'adrénaline.

M. *Guinard*. — Les malades de M. Quénu sont morts plusieurs jours après la chloroformisation. L'examen du sang qu'il nous conseille de pratiquer est d'exécution difficile dans la majorité des cas. M. Michel d'Epoisse me signale 3 blessés qui ont succombé les 40e, 50e et 60e jour après le traumatisme. J'en ai moi-même signalé trois cas. Ce sont là des morts par embolie et j'en demeure convaincu malgré l'avis de M. Tuffier, dont les expériences sur les cobayes ne me paraissent pas démonstratives, le cœur de ces animaux ne pouvant se comparer aux cœurs plus ou moins affaiblis et malades de nos blessés.

M. *Tuffier*. — Si j'ai dit qu'on ne mourait pas d'embolie, j'ai exagéré à dessein pour qu'on recherche avec plus de soin la cause de ces morts subites. Quant aux difficultés pratiques de l'examen du sang, c'est là un inconvénient qui disparaît dans nos milieux hospitaliers et si ce moyen peut sauver quelques malades, il doit être employé systématiquement.

M. *Chaput*. — Je crois que les morts subites sont dues à des embolies et celles-ci sont à mon avis fréquentes et souvent très difficiles à découvrir. Quant à l'action de l'acide citrique, je la crois problématique et je crains même qu'en ramollissant le caillot, cet acide ne soit dangereux.

M. *Quénu*. — Je suis convaincu de la fréquence des embolies dont beaucoup sont suivies de guérison. Il y a des symptômes cliniques qui permettent d'en faire le diagnostic et dans ces cas, pourquoi les mettre en doute ? De ce qu'on ne trouve pas de caillot à l'autopsie, il n'en faut pas conclure à l'absence d'embolie car des disséminations cruoriques ont pu se faire, fort difficiles à découvrir. Quant au ramollissement du caillot sous l'influence de l'acide citrique, je ne crois pas qu'on l'ait jamais observée. Je n'ai d'ailleurs envisagé que son action sur la coagulabilité du sang.

Anévrysme artério-veineux de la sous-clavière. — M. *Guinard* fait un rapport sur une observation de M. Nicoledopoulos (de Constanza) concernant un sujet de 50 ans qui au cours d'une rixe reçut un coup de couteau dans la fosse sus-épineuse gauche. A ce niveau on trouve une tumeur arrondie qui paraît être un hématome. Mais bientôt le bras s'œdématie, le pouls radial diminue et le 8e jour on trouve dans le creux sus-claviculaire une tumeur molle, réductible à la pression avec battements et thrill manifeste. Il n'y a pas eu d'intervention. Il faut noter la répartition inégale de l'œdème.

Tumeur de la parotide. Ligature des carotides interne et externe. — M. *Guinard* présente un rapport sur une observation de M. de Fourmestraux (de Chartres) concernant une femme de 63 ans atteinte d'une tumeur de la parotide datant d'une quinzaine d'années, avec paralysie faciale complète, et du volume d'une tête de fœtus. La tumeur était adhérente au pharynx. En curant la loge parotidienne, la carotide interne est déchirée et on la lie aux deux bouts. Puis au moment du décollement de la portion de tumeur qui est plaquée contre le maxillaire, hémorragie abondante qui oblige à ligaturer la carotide externe. Il s'agissait de myxo-sarcome.

La ligature de la carotide interne n'a été suivie d'aucun accident cérébral. Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 21 mars 1910. — Présidence de M. RITTI.

Confusion mentale et catatonie, guérison. Présentation de malade. — MM. *Pactet* et *Bourilhet* montrent un malade qui a présenté le syndrome catatonique avec état d'excitation et de dépression et qui, aujourd'hui, peut être considéré comme guéri.

Ce sujet avait conservé, pendant toute la durée de sa maladie, alors même qu'il offrait les apparences d'une inertie physique absolue, une très vive activité intellectuelle. C'est ainsi qu'il puisait, comme il l'expose nettement, dans l'observation du milieu où il se trouvait, les éléments des processus psychologiques qui commandaient ensuite ses réactions, sous forme de négativisme, de catatonie ou d'impulsions motrices. Ces phénomènes ne relevaient donc pas du pur automatisme cérébral.

La guérison, survenue au bout de six mois, prouve que le syndrome catatonique peut apparaître au cours d'états pathologiques divers et n'est pas toujours pathognomonique de la démence précoce.

Il est impossible, en effet, de considérer le malade comme dément : il appartient au groupe clinique, créé par Magnan, des dégénérés chez qui, à la faveur d'un terrain nerveux, éminemment susceptible du fait de l'hérédité, des causes banales provoquent l'apparition de crises délirantes passagères.

Surdi-mutité avec mégalomanie. Présentation de malade. — M. *Roubinovitch* présente un sourd-muet, âgé de 47 ans, atteint de débilité mentale constitutionnelle, chez lequel on constate une série de particularités psychologiques intéressantes :

1° Une mimique soliloque stéréotypée non comprise des autres sourds-muets ;

2° Actes stéréotypés singuliers, irrésistibles, consistant à faire des offrandes à des êtres invisibles, activité régulière, utile, stéréotypée, automatique ;

3° Passions pour les décorations (960 gr. de quincaillerie sur ses vêtements) ;

4° Extrême suggestibilité et imitation de mouvements accomplis devant lui : échokinésie, flexibilité cireuse des membres, catalepsie suggérée. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Pas d'autres signes autres que la surdi-mutité. Pas de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, réaction de Wassermann négative et intra-dermo-réaction à la tuberculine.

L'interrogatoire avec l'aide d'un interprète des sourds-muets a permis d'établir que la plupart des manifestations psychologiques de ce sourd-muet constituent une exagération des tendances normales de ces infirmes. Ses néologismes mimiques sont la conséquence du fait qu'il n'a point été éduqué dans un milieu de sourds-muets. Abandonné à lui-même, il s'est créé des signes mimiques personnels au moyen desquels il exprime les quelques pensées stéréotypées qui occupent sa conscience réduite de débile mental.

Etat obsédant hallucinatoire simulant un délire systématisé. Présentation de malade. — MM. *Truelle* et *Bonhomme* présentent une femme de 54 ans, ayant depuis 20 ans des hallucinations continuelles de l'ouïe et de la vue, nullement affaiblie intellectuellement. Malgré certaines tendances interprétatives, la genèse, l'évolution et le contenu des hallucinations, joints à leurs concomitants, permettent de faire rentrer cette malade dans le cadre des dégénérés syndromiques plutôt que dans celui des paranoïaques.

Crises périodiques d'aphasie accompagnée d'hémiplégie et d'épilepsie jacksonnienne droites. Présentation de malade. — M. *Fassou* montre à la Société une femme âgée de 64 ans qui présente, depuis cinq ans, et d'une façon assez régulièrement mensuelle, des crises périodiques d'aphasie totale avec hémiplégie et épilepsie jacksonnienne droites. Ces crises ont une durée qui oscille généralement en 24 et 48 heures. Les phénomènes hémiplégiques et jacksonniens disparaissent à peu près complètement dans la période intercalaire ; les troubles aphasiques persistent seuls et répondent assez exactement au type clinique de l'aphasie de Wernicke : surdité et cécité verbales, agraphie : l'anarthrie ou plutôt l'aphémie de la période paroxystique devient de la paraphasie et surtout de la dysarthrie.

Le mécanisme physiologique de ces troubles doit être assimilé à celui qu'on invoque pour expliquer la *migraine accompagnée*. Il est logique de supposer un spasme de l'artère sylvienne gauche, spasme qui est sous la dépendance d'une lésion athéromateuse probable du tronc de l'artère, lésion qui sert d'épine irritative.

Paraplégie spasmodique et syndrome paralytique. Présentation de malade. — M. *Benoist* (service de M. A. Marie) présente un malade atteint de paraplégie spasmodique et présentant le syndrome mental paralytique. Cet état, caractérisé par l'indiffé-

rence, l'apathie, l'affaiblissement global de toutes les facultés donne l'impression d'une paralysie générale à forme démentielle pure, sans délire. Le malade a présenté par intervalles des idées de grandeur absurdes.

La paraplégie spasmodique, avec troubles des sphincters, hypoesthésie à la piqûre et tremblement des membres inférieurs de caractère intentionnel, est accompagnée de signes oculaires constitués par des secousses nystagmiformes et une double atrophie optique. L'auteur estime qu'il s'agit d'une sclérose en plaque à laquelle doivent être rattachés les troubles mentaux, car le malade n'a aucun des signes somatiques caractéristiques de la paralysie générale, et la ponction lombaire, deux fois répétée, a été absolument négative.

Hémorrhagie protubérantielle mortelle dans l'attaque d'épilepsie. Présentation de pièces. — MM. ***Legrain et Marmier*** montrent les pièces provenant d'un malade âgé de 31 ans qui, au cours d'une attaque d'épilepsie, eut, à côté d'hémorrhagies sous-cutanées, mais surtout viscérales (sous-pleurales, sous-endocardiques, gastriques, péri-rénales et viscérales), une hémorrhagie de la protubérance, occupant la presque totalité de l'organe et communiquant avec le IVe ventricule.

Epilepsie sénile, constatations anatomo-pathologiques. Présentation de pièces et préparations. — MM. ***Marchand et Nouët*** montrent les pièces et les préparations d'une femme qui, à l'âge de 60 ans, présentait de l'affaiblissement intellectuel, de l'excitation maniaque et des idées de grandeur. Des crises revêtant les caractères des accès épileptiques survinrent à la même époque et se renouvelèrent dans la suite. Comme symptômes organiques, on notait de l'embarras de la parole, du tremblement des extrémités et de la langue, de l'exagération des réflexes tendineux. Deux ans après le début des accidents, la malade présente un ictus suivi d'hémiplégie gauche et meurt quelques semaines plus tard. A l'autopsie, on observe des foyers multiples de ramollissement : microscopiquement on constate des adhérences des méninges, de la sclérose corticale superficielle et une dégénérescence des fibres tangentielles ; il n'existe aucune lésion inflammatoire des parois vasculaires.

Les auteurs attribuent l'épilepsie plutôt à la sclérose corticale diffuse et aux adhérences méningées qu'aux lésions athéromateuses si communes chez les individus âgés. Ce sont d'ailleurs ces lésions, si souvent associées à la méningite chronique, qu'on rencontre chez les jeunes sujets atteints d'épilepsie dite idiopathique.

MM. ***A. Marie et Regnault*** présentent une étude radiographique de fœtus dégénérés avec éventrations, spinabifida et autres malformations stigmatiques combinées à l'achondroplasie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 avril 1910

(*Suite et fin*) (1).

Tuberculose pustulo-ulcéreuse. — MM. ***Balzer*** et ***Milian*** rapportent l'observation d'un enfant de 9 ans atteint depuis trois années d'une affection ulcéreuse de la peau dont la lésion élémentaire est une pustule pemphigoïde mais purulente d'emblée. La pustule, d'abord de la dimension d'un grain de millet, s'étend jusqu'au diamètre d'une pièce de cinquante centimes, puis elle laisse une ulcération irrégulière de forme, à bords décollés et un peu violacés. Les lésions siègent sur les membres inférieurs et sont très douloureuses. L'enfant a fait de nombreux séjours à l'hôpital et dans différents services où, émettant l'hypothèse d'une mycose, on rechercha, en vain d'ailleurs, l'existence de champignons. Les auteurs pensent qu'il s'agit là de tuberculose pustulo-ulcéreuse, affection qui fut décrite pour la première fois par M. Gaucher en 1889.

L'existence de ganglions disséminés aux aines, au cou, des signes nets d'adénopathie tracheo-bronchique, confirment l'hypothèse qu'il s'agit là de lésions bacillaires.

L'examen du pus des pustules ne révèle sur frottis aucun microorganisme.

Histologiquement, les ulcérations ont un fond très œdémateux, avec petites hémorragies disséminées et nombreuses vaso-dilatations. L'infiltrat est constitué surtout par des lymphocytes et on y rencontre de place en place des cellules géantes. Les pustules sont formées par le soulèvement en masse de l'épiderme. Un cobaye inoculé avec le bord d'une ulcération est devenu tuberculeux.

Abcès blanc dû à la sporotrichose. — M. ***Milian*** montre un homme de 26 ans qui présente à la joue, au niveau de la région malaire, une lésion qui ressemble à une fluxion dentaire et développée consécutivement à un petit bouton apparu il y a trois semaines. Il n'y a pas de rougeur de la peau, mais seulement un abcès blanc assez marqué. La ponction donna issue à un pus jaunâtre très fluide non granuleux. La culture a donné sur tous les tubes d'abondantes colonies de sporotrichose à l'état de pureté.

Le sporotrichum est donc capable de faire des suppurations froides d'emblée, par inoculation cutanée et non pas seulement des collections froides par ramollissement de gommes.

L'auteur, d'ailleurs, a observé des œdèmes infectieux dus au sporotrichum L'abcès n'en est qu'un stade plus avancé.

Sur une forme anormale de lichen obtusus consécutive à une compression prolongée par un pansement chirurgical. — MM. ***Hallopeau*** et ***François-Dainville.*** — Cette lésion s'est développée à la suite de l'application prolongée d'un pansement chirurgical aseptique. L'éruption, qui persiste depuis quatre mois, consiste en nodules indurés avec épaississement de tous les téguments. La lésion occupe une surface demi-circulaire à concavité interne. Cette réaction particulière du sujet doit être rattachée à celle qui donne lieu à la production de saillies chéloïdiennes.

Une nouvelle préparation iodée et quelques unes de ses applications. — M. ***Veyrières*** fait une communication sur une nouvelle préparation, la vaseline iodée. En applications sur la peau dans les lupus érythémateux, les pelades, les tricophyties, en injections dans les foyers suppurés, particulièrement dans les bubons, et dans les foyers tuberculeux cette préparation à 4 % à 2 ou à 1 % est extrêmement bien tolérée, et n'occasionne ni réaction locale, ni douleur.

Action tréponémicide de l'hectine. — M. ***Fouquet.***

Cas d'iritis traités par l'hectargyre et l'hectine. — MM. ***Balzer*** et ***Dive.*** — Les auteurs rapportent plusieurs observations où les injections d'hectine et d'hectargyre ont rapidement fait disparaître les lésions de l'iritis.

M. Gaucher fait des réserves sur cette médication et se demande s'il n'est pas dangereux d'injecter des solutions arsenicales, lorsqu'il existe déjà des lésions oculaires.

Associations microbiennes anaérobiques dans les lésions spécifiques. — M. ***Gastou*** et Mlle ***Feilberg*** (de Copenhague). — Les recherches des auteurs ont porté sur des lésions spécifiques différentes : chancres, plaques muqueuses, gommes ulcérées.

La détermination exacte des espèces et variétés de parasites n'a pu être faite d'une façon rigoureuse : ces espèces sont essentiellement variables.

Les auteurs se proposent de continuer les recherches afin de déterminer le rôle joué par les anaérobies dans la forme, l'évolution, la gravité de la syphilis et de ses lésions.

Pelade d'origine dentaire. — M. ***Jourdanet*** rapporte à la Société son observation personnelle comme un cas typique de pelade d'origine dentaire. La plaque de pelade siège à la nuque et M. Jacquet, qui l'examina, confirma le diagnostic et interrogé sur son origine, répondit : « Il s'agit d'une lésion dentaire à gauche, en bas et au fond ». Effectivement la seule lésion dentaire actuellement en évolution est une carie profonde de la dent de sagesse gauche inférieure. On note de plus une hyperesthésie nette à la pression des nerfs de la région occipitale à leur émergence. Les glandes de la région sous-maxillaire sont hypertrophiées et douloureuses.

Voici donc un cas de pelade manifestement en rapport avec une lésion dentaire. La relation topographique est celle qu'ont indiquée récemment MM. Jacquet et Rousseau Decelle.

P. Fernet.

(1) Voir le dernier numéro.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 avril 1910. — Présidence de BOURSIER, président.

Les obésités irréductibles (Suite). — M. ***Guelpa***, contrairement à l'idée de M. Marcel Labbé, pense qu'il n'y a pas d'obésités irréductibles, à la condition de soumettre le malade à la cure de désintoxication et de réduction nécessaire. En effet, si l'on conseille des périodes de privation totale des aliments et des purgations pendant trois ou quatre jours complétées par une alimentation végétarienne et aqueuse beaucoup plus restreinte que celle appliquée aux malades de M. Marcel Labbé, on assiste toujours à l'amaigrissement progressif avec disparition proportionnelle des accidents morbides.

A propos d'un cas d'ulcère rond de l'estomac.— M. ***Pichevin***. — En pleine santé, une femme est prise de violentes douleurs dans le ventre et meurt en 10 heures avec les signes d'hémorrhagie interne, sans qu'il y ait eu ni hématémèse ni melœna. L'autopsie prouva qu'il n'y avait pas de rupture tubaire, mais ouverture de la gastro-épiploïque droite par un ulcus rotondum qui n'avait pas laissé couler une goutte de sang dans l'estomac. L'hémorrhagie s'était faite dans l'arrière-cavité des épiploons. La mère de la malade était morte d'un cancer stomacal. Son frère eut peu après une hématémèse très grave due à un ulcère de l'estomac. L'auteur passe en revue les différentes affections des organes génitaux qui peuvent être prises pour l'ulcus perforé, et réciproquement.

Brouardel et Robson ont publié des cas où l'ulcus avait été pris pour des grossesses tubaires rupturées. M. Pozzi pense qu'Henriette d'Angleterre est morte non d'ulcus gastrique, mais de rupture de grossesse tubaire.

La fièvre typhoïde dans la ville de Paris et le département de la Seine. — M. Paul ***Vincey***. (Travail de candidature). En ce qui concerne Paris, la fièvre typhoïde a beaucoup diminué de fréquence depuis un demi-siècle.

Elle est actuellement de 10 décès pour 100 000 habitants.

Tous les arrondissements ont participé à cette réduction. Les arrondissements du centre sont cependant plus mal partagés que ceux excentriques du Nord. Le XXe arrondissement (parmi les plus pauvres) s'est toujours fait remarquer par une fréquence typhique moindre. La cause en est que les puits sont très rares dans cet arrondissement. En ce qui concerne les communes suburbaines, la boucle Nord-Ouest de la Seine montrait une fréquence typhique beaucoup plus forte que partout ailleurs. Cela tenait à la mauvaise alimentation en eau de Seine des 8 communes de cette région jusqu'à la fin de 1905. Depuis le début de 1906, cette eau de Seine est filtrée à la nouvelle installation du Mont-Valérien. La fièvre typhoïde en a été réduite de moitié. Cette réduction a été moindre dans les communes basses, à cause de l'influence néfaste de l'usage de l'eau des puits qui sont tous contaminés. (Un ensemble de projections des plus intéressantes anime cette communication.)

Des injections sous-cutanées d'eaux minérales considérées au point de vue pratique et thérapeutique. — M. ***Sersiron*** (de la Bourboule). — Les injections sous-cutanées d'eaux minérales ne sont pas suffisamment étudiées pour que nous puissions d'ores et déjà les appliquer au traitement des malades qui nous sont envoyés dans les villes d'eaux et confiés par les médecins de famille. C'est un procédé mal connu, dangereux dans certains cas, qui doit rester prudemment à l'étude dans les laboratoires.

L'auteur se refuse à faire, dans aucun cas, des injections sous-cutanées d'eaux minérales, tout en souhaitant que dans l'avenir, la méthode se perfectionne assez pour être applicable en clinique d'ici quelques années ; il espère que ses conclusions et ses réserves prudentes seront approuvées par la grande majorité de ses confrères médecins, traitants et hydrologues.

M. ***Lematte*** fait remarquer qu'avant d'employer les eaux minérales en injections sous-cutanées, il faut réviser leur composition et préciser les modes de stérilisation.

M. ***Cazaux*** accepte les conclusions prudentes de M. Sersiron ; il n'est pas en effet facile d'avoir de l'eau minérale stérilisée ; il n'est pas non plus indifférent de faire des injections intra-veineuses ou même sous-cutanées de quantités importantes de ces eaux médicinales. M. Cazaux ne remplacera donc pas la méthode traditionnelle de nos cures thermales par cette nouvelle méthode, d'autant plus qu'on ne rencontre pas d'intolérances gastriques, même s'il s'agit des eaux les moins digestives, telles que les sulfurées des Pyrénées ; la plupart des baigneurs des Eaux-Bonnes arrivent à ingérer 3 verres à 3 verres 1/2 de 200 gr. sans aucun inconvénient.

M. ***Boursier*** approuve les conclusions de M. Sersiron. Avant d'introduire dans la thérapeutique les injections sous-cutanées d'eaux minérales, il est utile que les expériences sur les animaux soient plus nombreuses et plus affirmatives pour ne pas exposer nos malades à des accidents qui ne manqueraient pas de survenir.

Réflexes gastriques. — M. G. ***Reignier***, de Surgères, cite les observations de 3 malades ayant présenté des réflexes gastriques.

Evolution moderne de l'éducation physique en France. — M. Maurice ***Faure***. — L'ancienne notion d'éducation physique, qui la considérait seulement comme une gymnastique plus ou moins acrobatique, tend à disparaître L'on comprend que l'éducation physique devient « l'hominiculture » qui permettra d'assurer le rendement maximum de l'organisme avec le minimum d'effort.

Ce ne sont pas évidemment les instructeurs militaires (fussent-ils accommodés à la méthode suédoise) qui peuvent remplir les conditions nécessaires à l'éducateur moderne. Ce ne sont pas davantage les gymnastes suédois à la fois militaires, pédagogues et médecins, et insuffisants à ces trois points de vue. Il faut nettement diviser la partie médicale de la partie pédagogique de cette importante question.

BIBLIOGRAPHIE

Affections chirurgicales de l'abdomen (péritoine, estomac, intestin); par A. GUINARD. (1 vol. de 582 pages, avec 115 figures. Paris, 1910. J.-B. Baillière et fils.)

Pendant les onze années qui se sont écoulées depuis la première édition du *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, dont ce volume est l'un des fascicules, la chirurgie gastro-intestinale a pris un développement considérable et s'est singulièrement perfectionnée. On ne s'étonnera donc pas de trouver dans cette seconde édition une transformation quasi complète. Le volume a presque doublé. Certains chapitres, comme ceux consacrés au *mégacôlon*, à la *tuberculose iléo cœcale*, aux *sigmoïdites*, à la technique de la chirurgie intestinale, sont entièrement nouveaux ; d'autres ont été très développés, par exemple le chapitre de l'*appendicite* qui constitue une véritable monographie très complète de plus de 160 pages. L'auteur, qui fut l'un des premiers à rapporter de Vienne en France les opérations sur l'estomac, trop négligées chez nous malgré la fameuse pylorectomie de Péan, possède une grande expérience de la chirurgie abdominale qui donne un intérêt tout particulier à ses descriptions cliniques et à ses considérations thérapeutiques, relevées par de nombreuses observations personnelles.

La seule critique qu'il soit permis de faire à ce volume est l'insuffisance de l'illustration : les figures sont assez nombreuses, mais beaucoup sont vraiment par trop schématiques pour un ouvrage qui est, en même temps qu'un Traité de chirurgie, un Traité de technique opératoire. Ch. L.

Die spezielle chirurgie in 60 Varlesungen. Par le Pr LESER.

Comme l'indique son titre, ce volume est un recueil de leçons. L'auteur passe en revue toute la pathologie chirurgicale en 60 leçons. Elles sont claires, faciles à lire et c'est là leur avantage, et aussi leur seule prétention. L'auteur veut s'adresser au praticien et à l'étudiant et leur donner un aperçu net des principales questions de la chirurgie.

Il en résulte forcément que la plupart des questions sont un peu écourtées, et que quelques-unes sont à peine ébauchées. Etant donnée, il faut bien le dire, l'idée directrice de cet ouvrage, on ne peut pas en blâmer l'auteur, et il faut le féliciter d'avoir exposé les sujets importants avec beaucoup de clarté.

A.S.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Dermatologie

Sur les eczémas érysipélatoïdes de la face ;

Par E. BODIN.
Professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.

Au visage, le type aigu de l'eczéma à forme érysipélatoïde n'est pas rare, et il importe que le praticien connaisse d'une manière précise cette dermatose souvent confondue avec l'érysipèle vrai. L'erreur n'a du reste rien de surprenant, car entre les deux affections l'analogie clinique est très étroite; avec un peu d'attention cependant, il est possible d'établir la distinction de ces dermatoses, et c'est ce point particulier de pratique, avec celui qui concerne le traitement des eczémas érysipélatoïdes, que je vise surtout en cette note.

Sur la question de l'étiologie et de la pathogénie de ce type d'eczéma, je ne m'arrêterai pas longuement, tant le sujet est complexe et encore insuffisamment connu.

A mon sens, le mieux pour le moment est d'envisager les choses selon les idées que L. Brocq a si magistralement exposées. Je considérerai donc cette forme d'eczéma comme une simple *réaction cutanée*, qui est évidemment et tout d'abord sous la dépendance de la *condition individuelle*, et dont la cause déterminante reste éminemment variable, pouvant appartenir tantôt à la série des injections microbiennes, ou des irritations physico-chimiques locales, tantôt à la série des intoxications d'ordres divers, ou des auto-intoxications, ce dernier terme étant pris dans sa plus large acception.

C'est ainsi que j'ai vu chez certains de mes malades les poussées d'eczéma érysipélatoïde du visage survenir soit à l'occasion d'applications antiseptiques (sublimé), soit à la suite d'intoxications alimentaires (poissons), ou médicamenteuses (antipyrine), soit après auto-intoxication d'ordre gastro-intestinal, tandis qu'en d'autres cas elles semblent bien liées à une injection microbienne de la peau.

Quoi qu'il en soit, le début de la dermatose se fait d'une manière brusque, avec vives réactions locales et générales. Au visage, l'éruption se fait inopinément sans qu'il y ait de lésions antérieures ; d'autres fois, au contraire, le point de départ se trouve en des foyers plus ou moins anciens d'eczématisation chronique, ou en des fissures péri-buccales, péri-narinaires, rétro-auriculaires, etc... ; mais, en tout cas, l'envahissement est rapide, aigu, avec gonflement portant surtout sur la région palpébrale, œdème, rougeur, sensations de cuisson, de brûlure, etc., et le tout s'accompagne d'élévation thermique, de malaises généraux, de frissons, d'état saburral, de sorte que le tableau est vraiment celui d'un érysipèle.

L'éruption constituée, et cela ne demande que quelques heures, on la trouvera bilatérale, plus ou moins étendue, formée de nappes rouges avec gonflement œdémateux sous-jacent et si l'on examine avec soin on verra qu'il existe déjà une vésiculation eczématique. Celle-ci peut d'ailleurs revêtir deux types, tantôt ce sont de minuscules vésicules, plutôt perceptibles au toucher qu'à la vue, et qui ne tardent pas à se rompre pour donner de petites érosions suivantes comme dans toute forme banale d'eczéma ; tantôt les vésicules sont plus volumineuses, elles sont cloisonnées et font à la surface une saillie nettement appréciable à la vue.

Ordinairement, dans les jours qui suivent, les choses se modifient ; les placards rouges s'affaissent en partie et perdent leur coloration en desquamant plus ou moins, tandis que certains îlots, situés généralement au centre de ces placards, restent malades et continuent à évoluer selon la forme eczématique, avec suintement séreux abondant, soit par petites vésicules séparées, soit en nappe quand ces vésicules sont confluentes.

Notons enfin que ces eczémas érysipélatoïdes du visage, qui peuvent envahir toute la face et une partie des régions avoisinantes du cuir chevelu et du cou, ou se localiser au front et aux paupières, ne sont pas toujours cantonnés à l'extrémité céphalique ; ils gagnent souvent la région génitale où ils revêtent du reste la même allure ; quelquefois aussi, mais plus rarement, ils atteignent les extrémités supérieures.

L'évolution est plus ou moins rapide selon les cas ; en une ou plusieurs semaines, les lésions cutanées disparaissent complètement après une phase desquamative plus ou moins prononcée, ou bien elles laissent quelques îlots eczématiques réduits et à marche chronique, ou seulement quelques lésions d'aspect pityriasique ou fissuraire, localisées aux plis, au pourtour de l'orifice narinaire et aux sillons rétro-auriculaires.

En règle générale, ces reliquats sont le point de départ des récidives qui se produisent fréquemment à intervalles variables et que l'on voit alors tourmenter les malades durant des mois par des poussées incessantes et fort pénibles.

Dans la pratique, ces faits ont une importance majeure ; au point de vue nosologique ils n'en ont pas moins, car je pense qu'il faut en beaucoup de circonstances les considérer comme des réactions cutanées sous la dépendance d'une cause locale, d'ordre parasitaire, microbien, dont il y aurait intérêt à poursuivre l'étude plus méthodiquement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Sans vouloir entrer dans une discussion pathogénique qui serait ici hors de propos, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que ces poussées aiguës à répétition, entretenues par des lésions chroniques évidemment microbiennes, établissent un lien très étroit entre les eczémas érysipélatoïdes de la face et l'érysipèle vrai. Aussi ne saurait-on s'étonner de la ressemblance clinique des deux types éruptifs et des difficultés qu'éprouve souvent le clinicien à en opérer la distinction.

Aux premières phases surtout, cette question du diagnostic est fort délicate, mais il est cependant possible de la résoudre pour peu que l'on veuille bien procéder à un examen correct et que l'on tienne compte des remarques suivantes :

D'abord il est certain que le mode de début et d'envahissement des surfaces cutanées diffère dans les deux cas : l'eczéma envahit d'emblée de vastes surfaces des deux côtés du visage et ces surfaces sont frappées en même temps sans qu'il y ait marche envahissante progressive. L'érysipèle au contraire débute en un point précis et progresse par extension du foyer initial qui s'étale pour ainsi dire en faisant tache d'huile. Il faut noter tous ces caractères avec soin, car à cette première étape les symptômes objectifs des lésions sont très analogues dans l'un et l'autre cas ; plus tard, à la période d'état, la différenciation est plus aisée : ainsi dans l'eczéma, le rebord des placards n'offre ni la netteté, ni la surélévation en bourrelet de l'érysipèle. D'autre part, il n'existe pas dans ce dernier de vésiculation eczématique ni de suintement. Enfin, il est de règle que l'évolution ne soit pas la même dans les deux affections. Après le début à symptômes bruyants, l'état général s'améliore dans l'eczéma, mais les lésions cuta-

✦

nées continuent à évoluer en revêtant de plus en plus le type eczémateux suintant ; pour l'érysipèle, il en va tout autrement et l'on note, avec la sédation des phénomènes généraux, la décroissance de l'éruption qui disparaît peu à peu en suivant une marche inverse de celle de l'envahissement, c'est-à-dire que ce sont les premières parties atteintes qui guérissent d'abord et que les dernières régions envahies restent malades jusqu'à ce que toutes les autres aient repris une par une et suivant un ordre régulier leur aspect normal.

J'ajouterai que l'érysipèle s'accompagne généralement de retentissement ganglionnaire, qui manque, ou du moins qui est rare dans l'eczéma érysipélatoïde.

Aucun de ces détails n'est à négliger parce qu'il y a tout intérêt à poser rapidement le diagnostic afin d'instituer sans retard le traitement convenable et d'éviter toute faute thérapeutique. Durant toute la phase initiale inflammatoire, en effet, la plus grande prudence est nécessaire, ces eczémas étant très irritables et ne supportant pas sans préjudice grave l'emploi de topiques actifs, quels qu'ils soient. Au cours de cette période, c'est donc uniquement aux émollients que l'on s'adressera, à l'exclusion des antiseptiques usuels, si bénins qu'ils puissent paraître, et de tout médicament réputé anti-eczémateux et doué de quelqu'activité. Tant que dureront les phénomènes fluxionnaires aigus : gonflement, suintement abondant, sensations de cuissons, etc., ce sont ces seuls pansements émollients qui sont capables de soulager les malades en diminuant le processus phlegmasique. S'écarter de cette ligne de conduite serait courir à un échec certain, en exposant le patient à des retards ou même à des complications fort pénibles.

Parmi les topiques calmants indiqués, le liniment oléo-calcaire fraîchement préparé et les crèmes du type suivant :

Lanoline anhydre	10 gr.
Vaseline blanche...............	5 gr.
Eau distillée.....................	15 gr.

sont tout particulièrement recommandables ; on les essaiera d'abord ; s'ils réussissent bien, ils ont l'avantage de pouvoir être continués longtemps et de permettre de conduire la dermatose très loin, parfois même jusqu'à la guérison.

Il est toutefois des eczémas irritables auxquels ils ne conviennent pas. Sans insister, il faut alors s'adresser aux poudres inertes, comme la poudre d'amidon, ou mieux encore aux cataplasmes d'amidon appliqués tièdes et renouvelés toutes les 3 heures. On ne saurait trop dire combien ces anciens topiques sont utiles dans les dermatoses violemment enflammées, et malgré le discrédit dans lequel ils sont tombés aujourd'hui près du public médical, il ne faut pas hésiter à y recourir pour les formes intolérantes des eczémas érysipélatoïdes. Dès que la sédation des phénomènes inflammatoires s'est produite, on les remplace par la crème sus-indiquée qui est d'une application plus simple et qui peut être employée longtemps sans macérer la peau comme les cataplasmes.

En tous cas, il convient, une ou deux fois par jour, de procéder à une lotion afin de tenir les lésions en état de propreté, mais ici les seuls liquides calmants et aseptiques sont utilisables. On pourra recourir par exemple à l'eau de camomille (10 têtes par 500 gr. d'eau) ou à l'eau de fleurs de sureau ou de racines d'aunée (4 gr. par litre), ou simplement à l'eau bouillie.

Ce traitement local n'est pas le seul qu'il faille instituer à la phase initiale des eczémas érysipélatoïdes : bien que ces dermatoses soient, à mon sens et dans un assez grand nombre de cas, d'ordre microbien, elles se relient en d'autres circonstances à des troubles divers de l'organisme qu'il importe de combattre, et d'ailleurs la question du terrain n'est-elle pas un facteur trop important dans les affections parasitaires pour que l'on puisse s'en désintéresser en négligeant la thérapeutique interne ?

C'est ainsi que la possibilité de toute intoxication médicamenteuse ou alimentaire, de toute auto-intoxication, devra préoccuper immédiatement le médecin.

Les médicaments suspects, tels que balsamiques, iodures, bromures, antipyrine, etc. seront supprimés. On réglementera avec soin l'alimentation. Dans les cas très aigus, chez des personnes appartenant au groupe des auto-intoxiqués par suite du mauvais fonctionnement des organes digestifs ou des émonctoires, j'ai l'habitude de prescrire un régime sévère, mais non pas le régime lacté, dont on a beaucoup abusé, je crois, je préfère de beaucoup le régime végétarien selon les indications de Brocq, ou plutôt le régime lacto-végétarien, composé de potages aux légumes, de légumes nourrissants, pois, fèves, lentilles, haricots, et de légumes ordinaires : pommes de terre, carottes, navets, salade cuite ; de farines, de riz, auxquels on ajoute un peu de beurre frais de très bonne qualité et s'il y a lieu 3/4 de litre à 1 litre de lait.

Si l'on veut bien saisir l'indication de ce régime et ne pas le prolonger trop longtemps, 10, 15 jours au plus, pour le reprendre ensuite si besoin est, on en obtiendra les meilleurs résultats.

Contre un eczéma de moyenne intensité et si l'enquête correcte ne révèle pas de troubles viscéraux, je pense qu'il est inutile de fatiguer le malade par un régime spécial, on le laissera à l'alimentation mixte habituelle en proscrivant seulement les coquilles, crustacés, épices et sauces épicées, charcuteries, salaisons, pâtés, fromages, conserves, vin pur, alcools et liqueurs.

Non moins importantes que ces prescriptions sont celles qui ont trait aux émonctoires. Il est ici de toute urgence que le fonctionnement régulier et quotidien de l'intestin soit assuré, mais il faut éviter les purgatifs forts et répétés, sauf au début, où un purgatif salin est fort utile quand il y a rétention intestinale avec état saburral des premières voies digestives. L'usage des laxatifs, dont le malade prend chaque jour une dose moyenne, est préférable ; l'aloès est à recommander lorsqu'il y a violente congestion céphalique, le podophylle, la rhubarbe, la cascarine, les eaux minérales purgatives en petite quantité, rendent les meilleurs services.

Même surveillance des fonctions urinaires et, si besoin est, prescription de boissons diurétiques, notamment chez les goutteux pour lesquels l'eau de Vittel ou de Contrexéville est d'un emploi classique et parfaitement justifié.

Quant aux médicaments destinés à combattre l'eczéma en lui-même, je n'en connais pas un seul qui soit vraiment utile et, sauf dans les cas où le début se marque par une forte élévation thermique et qui sont justiciables des sels de quinine à doses moyennes et répétées (0,25 à 0,30 de sulfate ou de bromhydrate de quinine *pro die* pendant 5, 6 jours de suite), je pense qu'il faut s'abstenir de remèdes internes et que les prescriptions de régime énumérées tout à l'heure sont très suffisantes.

Grâce aux traitements local et général prescrits et dirigés comme je viens de le dire, les eczémas érysipélatoïdes cèdent plus ou moins vite et l'on arrive ordinairement au bout d'un ou de deux septénaires à une phase de dermite subaiguë, sans suintement, avec desquama-

tions successives et plus ou moins abondantes. Quelquefois la guérison complète survient sans qu'il soit nécessaire de changer les topiques calmants du début, cela n'est pas rare ; d'autres fois ces topiques sont insuffisants. Alors,mais seulement alors, et en surveillant toujours le malade de très près, on passera à une médication plus active.

On essayera par exemple les applications de pommade à l'oxyde de zinc à 1 ou 2 % dans le cérat frais ou encore les pansements avec une pâte contenant parties égales d'amidon, d'oxyde de zinc, de vaseline et de lanoline, à laquelle on peut ajouter 1 à 2 % d'ichtyol, ou 1 % de résorcine si les lésions tardent à disparaître.

Enfin on n'oubliera pas que certains malades gardent, après une poussée d'eczéma érysipélatoïde, des lésions chroniques et rebelles qui sont des foyers d'où les poussées aiguës pourront incessamment renaître. J'ai déjà insisté sur ces lésions à type pityriasique et fréquemment fissuraire, localisées aux sillons rétro-auriculaires, ou naso-géniens, ou aux commissures. Il est extrêmement important de poursuivre ces lésions et d'en obtenir la disparition complète.

Pour moi, le mieux est d'agir alors énergiquement, mais quand tout phénomène inflammatoire aigu est éteint. Les préparations ichtyolées, résorcinées, au goudron de cade, au soufre, dans lesquelles ces substances seront utilisées seules ou associées diversement et en proportion variable selon les circonstances, conviennent parfaitement contre ces lésions, à la condition cependant d'en surveiller l'emploi et de ne faire ces applications que pendant un temps assez court d'abord, quitte à les prolonger ensuite s'il y a lieu.

Une mention spéciale doit être faite enfin d'une vieille préparation de la pharmacopée, le baume du Commandeur, remis dernièrement en honneur par Sabouraud, et qui en applications quotidiennes sur les fissures, est certainement l'un des meilleurs topiques que l'on puisse mettre en œuvre contre ces lésions si rebelles.

Pathogénie

La glycosurie dans le myxœdème et l'insuffisance thyroïdienne ;

Par Jacques PARISOT.
Chef de clinique à la Faculté de Nancy.

J'ai montré, dans une précedente étude (1), qu'au cours d'états thyroïdiens divers et en dehors de tout signe d'insuffisance thyroïdienne, dans la maladie de Basedow en particulier, on pouvait constater, surtout chez des sujets prédisposés (obèses, goutteux, etc.), une diminution dans la capacité d'assimilation des différents sucres, de la glycosurie passagère ou permanente et même un diabète véritable avec sa symptomatologie caractéristique. Diverses observations faites chez l'homme et chez l'animal, prouvant que le sucre peut apparaître dans les urines sous l'influence de doses suffisantes et assez longtemps prolongées d'extrait thyroïdien, semblent inviter à conclure que *l'hyperthyroïdie* est capable de jouer un rôle dans la production de ces glycosuries.

J'étudierai aujourd'hui une seconde catégorie de faits qui semblent, à première vue, s'opposer entièrement aux précédents par leurs résultats.

(1) J. PARISOT. — La glycosurie dans la maladie de Basedow et l'hyperthyroïdie. *Progrès Médical*, 1910, n° 16.

On lit le plus souvent dans les quelques ouvrages faisant mention de cette question que, la glycosurie s'observant à la suite de l'hyperthyroïdie, *il est de règle que le pouvoir d'assimilation du sucre soit, chez les myxœdémateux, supérieur à la normale.* On comprend donc, comme le dit Lépine, combien il peut paraître étrange que dans quelques cas de *myxœdème* la glycosurie ait été signalée.

W. Osler (1) a rapporté l'histoire d'un malade atteint de myxœdème, de manie aiguë, de glycosurie et de tachycardie et qui succomba assez rapidement. Gordon (2), chez deux frères myxœdémateux âgés de trois ans et de quatre ans et demi (myxœdème infantile et familial), a constaté l'existence d'un diabète complet caractérisé par de la polydipsie, de la polyphagie, de la polyurie et par une glycosurie notable. Par le traitement thyroïdien, se produisit une atténuation parallèle du myxœdème et de la glycosurie. Apert (3), dans un cas de myxœdème fruste, signale également la présence du sucre dans les urines. Il s'agissait d'un malade de 66 ans ayant eu une croissance tardive, chez lequel existaient des signes très manifestes de myxœdème. L'émission urinaire des 24 heures oscillait entre 1500 et 2000 gr.,la quantité de sucre rendue étant de 33 gr. au litre, en moyenne de 62 gr. par jour. Le chiffre de l'urée était abaissé. Soumis pendant dix jours seulement au traitement thyroïdien (iodothyrine Bayer), ce myxœdémateux n'avait plus que 18 gr. de sucre au litre, 36 gr. environ par jour.

J'ai observé la présence du sucre dans les urines d'une myxœdémateuse, âgée de 26 ans, ayant l'aspect d'un enfant de 10 ans, et présentant tous les signes d'une insuffisance thyroïdienne profonde : bouffissure de la face, lésions cutanées, absence de poils, cheveux secs et rares, troubles circulatoires des extrémités, hypotension artérielle, retard de soudure des cartilages de conjugaison, thyroïde non perceptible à la palpation, arriération mentale,etc. Les urines (1000 à 1200 gr.) étaient claires, pâles, très pauvres en urée (le coefficient azoturique étant abaissé), et renfermaient 6 gr. de glycose au litre (8 à 10 gr. au plus par 24 heures). Sans qu'aucune modification ait été apportée au régime de la malade, sous l'influence de la médication thyroïdienne (extrait complet), au bout de 8 jours, le sucre avait entièrement disparu, et 1 mois après le début du traitement, cette femme supportait l'absorption de 40 gr. de glucose sans qu'il y ait passage de sucre dans les urines. Il existait à ce moment déjà une amélioration manifeste de l'état général. Malheureusement, cette malade ne fut pas revue ultérieurement.

Cette observation, jointe aux précédentes, prouve qu'il peut exister de la glycosurie dans l'insuffisance thyroïdienne, que cette glycosurie peut disparaître sous l'influence de l'extrait thyroïdien en même temps que s'améliore l'état général des sujets et qu'augmente peu à peu leur capacité d'assimilation pour le sucre. A ces premières données j'ajouterai les résultats que j'ai obtenus de l'*épreuve de la glycosurie alimentaire*, chez quatre malades présentant à des degrés divers les signes de l'*athyroïdie* (4).

L'un, opéré quinze ans auparavant pour goitre, obèse, présentait les symptômes d'une insuffisance thyroïdienne

(1) W. OSLER. — Etat myxœdémateux aigu : tachycardie, glycosurie, manie, mort. *Journal of nervous and mental Diseases*, 6 février 1904.

(2) GORDON. — Deux frères myxœdémateux et diabétiques *American medicine*, 6 février 1899.

(3) APERT. — Myxœdème fruste ; croissance tardive et prolongée jusqu'à trente-six ans : glycosurie. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* XVII mai-juin 1904.

(4) PARISOT. — L'épreuve de la glycosurie alimentaire chez les insuffisants thyroïdiens. *Soc. de méd. de Nancy*, 8 décembre 1909 et *Rev. méd. de l'Est*, 15 janvier 1910.

opératoire très manifeste. Amélioré par l'extrait thyroïdien, il succomba aux suites d'une broncho-pneumonie et, à l'autopsie, j'ai pu constater l'absence presque totale de la glande thyroïde, dont persistait seul un petit fragment sclérosé. Ce malade présentait, après absorption de 30 grammes de glycose pris à jeun, une glycosurie très manifeste durant près de cinq heures et qui disparut complètement après vingt-cinq jours environ de traitement thyroïdien.

Chez un autre sujet, myxœdémateux infantile, la glycosurie se manifestait après ingestion de 45 grammes de glycose ; elle disparut également environ un mois après le début de la médication thyroïdienne.

Chez un troisième malade, atteint de myxœdème fruste et d'infantilisme d'origine testiculaire, la glycosurie, très nette, durait quatre heures après absorption de 100 grammes de glycose.

Enfin dans un quatrième cas d'insuffisance thyroïdienne, moins marquée, avec retard intellectuel, infantilisme, la glycosurie n'apparut que par l'absorption de 120 à 140 grammes de glycose. Dans ces deux derniers cas, l'extrait thyroïdien entraîna, comme précédemment, la disparition de la glycosurie alimentaire.

Ces faits prouvent que dans certains cas d'insuffisance thyroïdienne la *capacité d'assimilation pour le glycose est diminuée* et, augmentant notablement, peut redevenir normale sous l'influence du traitement thyroïdien. Ils sont en accord avec les recherches de Garnier et Lebret (1) : ces auteurs ont observé, chez un myxœdémateux, un résultat positif de la glycosurie alimentaire (125 gr. de sirop de sucre), le passage du sucre dans les urines ne se produisit plus après un traitement thyroïdien de quelques jours ; j'aurai d'ailleurs à revenir plus loin sur les constatations faites, dans ce cas, par ces auteurs. Falta (2) a constaté récemment, chez un malade offrant l'aspect d'un myxœdémateux, que la limite d'assimilation pour le sucre était abaissée.

Ces données cliniques et thérapeutiques trouvent une confirmation dans quelques faits expérimentaux. Les recherches importantes de Kulz et Falkenberg (3) ont montré que l'extirpation de la glande thyroïde peut entraîner chez le chien des glycosuries de durée variable ; sur 20 animaux thyroïdectomisés, ils l'ont observée 13 fois (70 p. 100). Le sucre n'apparaissait dans plusieurs cas qu'au bout d'un certain temps. Gley (4) a constaté, chez 4 chiens sur 6, une glycosurie légère, transitoire, absente d'ailleurs chez les lapins thyroïdectomisés. Des recherches de Hirsch (5), il résulte que la thyroïdectomie totale chez le chien, caractérisée par une tétanie mortelle, produit une diminution de l'assimilation pour le glycose, pris par voie gastrique. Cette perturbation dans les échanges ne se manifeste pas immédiatement, mais lorsqu'apparaissent des symptômes tétaniques graves, fait qui, pour l'auteur, semble indiquer que la glycosurie est dans ces cas l'effet d'un désordre nerveux. Chez un chien auquel on avait extirpé les thyroïdes, ne se développa aucun signe d'athyroïdie et sous l'influence de 300 gr. de glycose, pris en trois fois, l'animal ne présenta pas trace de sucre dans les urines ; l'examen de la région thyroïdienne ayant fait découvrir à ce moment l'existence de glandules accessoires, l'ablation de celles-ci entraîna l'apparition de sucre dans l'urine (1 à 2 p. 100). Cette observation est, on le voit, extrêmement intéressante. Underhill et Saikr ont noté également cette diminution de l'assimilation-limite pour le glucose, en injection sous-cutanée, chez l'animal thyroparathyroïdectomisé. Franck, Underhill et Warren W. Hilditch (1) ont montré récemment que l'exérèse des deux thyroïdes et des trois parathyroïdes chez le chien produit un abaissement du pouvoir d'assimilation de l'organisme pour le sucre et que l'adrénaline, administrée à la dose de 0,001 par kilog du poids du corps détermine la glycosurie chez les chiens thyroïdectomisés (conservation de deux parathyroïdes au moins), ce résultat étant en opposition avec celui qu'observèrent Falta, Eppinger et Rudinger (2), et récemment Grey et De Santelle (3).

Il semble donc que, chez certains animaux, la thyroïdectomie soit capable d'entraîner sinon la glycosurie, du moins une diminution dans la capacité d'assimilation du sucre, la glycosurie pouvant d'ailleurs n'apparaître que plusieurs jours après l'opération. Ces faits sont donc en désaccord avec ceux que j'ai précédemment signalés en montrant l'influence de l'hyperthyroïdie sur la glycosurie ; en rapportant l'opinion de Hirschl (4), qui conclut que l'athyroïdisme augmente le pouvoir d'assimilation du glycose chez l'homme, et de Knœpfelmacher (5), qui vit le traitement thyroïdien diminuer ce pouvoir d'assimilation chez deux enfants atteints de myxœdème congénital.

***

Il peut paraître difficile, dans cette question des glycosuries d'origine thyroïdienne, de mettre d'accord ces deux séries de faits opposés : les uns montrant que la glycosurie peut s'observer en dehors de tout symptôme d'insuffisance thyroïdienne, dans le goitre, la maladie de Basedow, et surtout sous l'influence de l'hyperthyroïdie expérimentale ou thérapeutique ; les autres invitant au contraire à conclure que dans certains cas de myxœdème ou de thyroïdectomie, chez l'animal, il existe de la glycosurie spontanée ou une diminution dans le pouvoir d'assimilation du sucre, phénomènes capables de disparaître par la médication thyroïdienne.

Il me semble cependant qu'il est possible de donner, de ces notions contradictoires, une interprétation, basée en particulier sur des recherches que j'ai poursuivies dans divers cas d'insuffisance thyroïdienne. Garnier et Lebret ont montré par l'exploration fonctionnelle du rein, de l'intestin et du foie chez un myxœdémateux qu'il peut y avoir une insuffisance notable dans le fonctionnement de ces organes : c'est ainsi qu'ils ont pu constater le retard dans l'élimination du bleu de méthylène, la lenteur de traversée digestive et, comme je l'ai dit déjà, la glycosurie alimentaire. Chez les cinq malades atteints d'insuffisance thyroïdienne à des degrés divers, et dont j'ai en quelques mots résumé précédemment l'histoire, j'ai étudié par les méthodes appropriées le fonctionnement de quelques organes. J'ai pu ainsi constater l'existence de troubles fonctionnels : hépatiques, intestinaux, rénaux, plus ou

(1) Garnier et Lebret. — Exploration fonctionnelle du rein, de l'intestin et du foie chez un myxœdémateux. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 octobre 1905.

(2) Falta. — Tétanie et épilepsie. *Soc. de méd. Int. de Vienne*, 7 janvier 1910. *Sem. méd.*, n° 5, 2 février 1910.

(3) Kulz et Falkenberg. — *Centralblatt. fur klin. Med.* 1891, *Beitrage*, p. 84.

(4) Gley. — *Archives de Physiol.*, 1893, p. 420.

(5) Hirsch. — Schildruse u. Glycosurie. *Zeits. f. exp. Path. u. Therapie*, 1908, p. 233.

(1) Underhill et Hilditch. — *The amer. Journ. of. physiol.*, p. 66, v. XXV, n° 1. sept. 1908.

(2) Falta, Eppinger, Rudinger. — XXIe *Congrès allemand de med. Int.*, Vienne, avril 1908.

(3) Grey et de Santelle. — Rapport des glandes thyroïdes avec la glycosurie. *The Journal of experimental Medicine*, septembre 1909, p. 659-664.

(4) Hirschl. — *Jahrbuch fur Psych. u. Neurol.*, 1902.

(5) Knoepfelmacher. — *Wiener. kl. Wochenschr.*, 1904, n° 9.

moins marqués suivant les cas, qui se trouvaient au maximum chez cette myxœdémateuse glycosurique spontanément, et au minimum chez un insuffisant thyroïdien dont la capacité d'assimilation pour le glycose oscillait entre 130 et 140 gr. Sous l'influence du traitement thyroïdien, une amélioration très notable s'est manifestée dans les diverses fonctions viscérales. C'est ainsi que chez un malade, la glycosurie alimentaire, positive avec 30 gr. de glycose était négative avec 120 gr. après un mois de traitement thyroïdien ; le chiffre de l'urée, primitivement abaissé à 10 gr. par 24 heures, s'élevait ensuite à 29 gr. ; celui du phosphore ($P^2 O^5$ total) passait de 0,9 à 2,52, l'alimentation du sujet restant identique. L'élimination du bleu de méthylène, très intermittente, avec des arrêts de plusieurs heures et dont la durée fut de près de quatre jours avant le traitement devint, après, régulière, rapide, (deux jours et demi). Sous l'influence d'une injection de 5 milligrammes de phloridzine, la quantité de sucre éliminé, d'abord indosable, atteignit ultérieurement de 0 gr. 80 à 1 gr. La traversée du tube digestif, ralentie (près de trois jours), s'accéléra sous l'influence de la médication et redevint normale.

On peut donc, avec Garnier et Lebret, conclure que chez les myxœdémateux, la peau et le système nerveux ne sont pas seuls troublés dans leur fonctionnement car, si l'on interroge chacun des viscères, on reconnaît que tous présentent des modifications fonctionnelles importantes. Cette insuffisance fonctionnelle n'est pas due à une véritable lésion de l'organe puisqu'elle peut disparaître sous l'influence du traitement thyroïdien, elle est essentiellement *secondaire à l'athyroïdie*.

Ces notions me semblent de première importance au point de vue de la discussion sur la pathogénie de la glycosurie observée chez les myxœdémateux. Celle-ci peut, en effet, se trouver sous la dépendance de l'insuffisance fonctionnelle d'un organe jouant un rôle important dans la régulation glycémique, le foie par exemple. On a vu, d'autre part, que la traversée du tube digestif est lente chez ces malades, ce fait cadrant avec les troubles digestifs, constipation, entérite chronique, etc., rencontrés souvent dans le myxœdème. Or, ne sait-on pas le rôle important que peuvent jouer les troubles gastro-intestinaux dans la production de la glycosurie ? Fünck (1) a, récemment encore, rapporté deux cas de glycosurie alimentaire observée chez des sujets atteints d'entérite chronique.

Les troubles fonctionnels viscéraux secondaires à l'athyroïdie peuvent être plus ou moins marqués suivant les cas; ils peuvent être localisés à certains organes intervenant plus particulièrement dans le métabolisme de la matière sucrée ; plusieurs d'entre eux peuvent être à la fois insuffisants. Toutes ces modalités différentes dans l'étendue et le degré de la lésion fonctionnelle des divers viscères du myxœdémateux sont capables d'expliquer les variations dans la capacité d'assimilation du sucre, l'existence d'un pouvoir glyco-fixateur normal chez les uns, de glycosurie alimentaire chez les autres, de glycosurie spontanée dans certains cas. L'extrait thyroïdien, à *doses appropriées*, en rétablissant le fonctionnement normal des organes pourra faire disparaître la glycosurie. Mais sachant, ainsi que je l'ai montré précédemment, que cet extrait est capable d'entraîner le passage du sucre dans les urines chez certains sujets normaux ou malades plus ou moins prédisposés, on peut comprendre que, chez des myxœdémateux également, soit par une susceptibilité spéciale du sujet, soit par le fait de doses trop élevées ou trop prolongées, cet extrait soit capable de produire la glycosurie ou la diminution du pouvoir d'assimilation du sucre comme Knœpfelmacker l'a pu constater.

On voit donc que ces différents faits, en apparence contradictoires, peuvent s'accorder au contraire, si l'on adopte cette manière de voir que je viens d'exposer. De nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur le rôle de la thyroïde dans le diabète doivent assurément être poursuivies et seront seules capables de fournir une interprétation exacte de ces notions.

Il me semble cependant que l'on peut, actuellement, *classer en deux catégories principales* les glycosuries d'origine thyroïdienne.

Dans une première série de faits, *la glycosurie se trouve placée immédiatement sous la dépendance de la glande thyroïde*, la glande agissant directement par sa sécrétion, que celle-ci soit normale et insuffisamment neutralisée, ou qu'elle soit anormale par sa qualité ou par sa quantité. (goitre, maladie de Basedow, hyperthyroïdie expérimentale ou thérapeutique).

Dans d'autres cas, au contraire (insuffisance thyroïdienne, athyroïdie), *la glande thyroïde n'agit que par un intermédiaire, secondairement*, en produisant l'insuffisance d'autres organes dont le fonctionnement normal est nécessaire pour la régulation du métabolisme de la matière sucrée dans l'organisme ; les troubles de la glycémie se trouvent, dans ces conditions, en rapport avec le degré d'insuffisance fonctionnelle de ces organes.

(1) Funck.—Glycosurie alimentaire dans l'entérite chronique. *Munch med. Wochenschr.* 12 oct. 1909.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La lutte pour la vie.

Il était bon, à la fin du siècle dernier, de dire qu'en quelques leçons le médecin devenait bon dentiste et, véritablement, cela pouvait se soutenir quand l'on songeait aux si minimes connaissances possédées par la plupart de nos prédécesseurs. La pratique très limitée : extractions, obturations rares, prothèse très fréquente, permettait au premier venu d'ouvrir boutique dentaire avec grandes chances de succès, si son mécanicien était capable de lui fournir un travail à peu près acceptable et lui-même limité par le nombre restreint des matériaux et des opérations : un dentier en vulcanite ou or estampé, une dent à pivot contreplaquée, et de temps en temps la confection d'un appareil de redressement ; somme toute, l'atelier était l'âme de l'affaire.

Mais si le premier venu, bijoutier, forgeron, mécanicien, devenait de la minute à l'autre chirurgien-dentiste, sans que cela fasse crier à l'abomination, le médecin avait bien quelques prétentions légitimes au même droit, et son investiture dentaire spontanée n'était pas plus grotesque ou plus dangereuse que celle du voisin, dont la profession antérieure était assimilable à celle de boulanger ou de maquignon. Nous en connaissons de ceux-là qui n'ont pas eu le plus mince succès, succès terminé il est vrai, depuis novembre 1892, puisque le dentiste doit être possesseur d'un diplôme spécial délivré par l'Etat, ou encore du diplôme de docteur en médecine.

Aujourd'hui, celui qui soutiendrait que quelques heures ou quelques semaines suffisent au docteur en médecine pour être dentiste, celui-là ferait sourire — ce qui serait

déjà un succès enviable — si à côté, le danger ne se montrait pas à tous les hommes raisonnables.

La chirurgie dentaire est une profession autonome, qui demande évidemment un savoir médical, mais qui ne peut être estimé — supérieur dans la proportion — de l'ensemble de connaissances que le praticien spécial doit posséder, pour soutenir la concurrence et lutter efficacement contre la poussée du progrès incessant et universel de la profession qui, forcément l'affaiblirait encore chaque jour.

Ne serait-il pas surprenant, en effet, que la chirurgie dentaire, par elle-même et par le progrès des autres sciences et arts auxquels elle est liée intimement, n'ait pas progressé ?

Moi, tout le premier, j'ai dit, parce que je le croyais sincèrement, et parce que cela est: qu'un docteur en médecine peut apprendre l'art dentaire en quelques semaines. Mais ce qu'il en saura équivaudra à ce qu'il saura quand il aura dépensé le même temps à étudier la gynécologie et l'ophtalmologie. Il saura faire la dentisterie d'urgence, la gynécologie d'urgence, l'ophtalmologie d'urgence, pas du tout comparables à ce que fera le vrai spécialiste de ces spécialités.

Et si l'ambition, même modeste, d'un médecin, est satisfaite en ajoutant à son gain médical le petit bénéfice du supplément de travail odontologique, il en serait tout autrement quelque modestie que puisse avoir le médecin voulant exercer spécialement la chirurgie dentaire.

Le spécialiste doit être armé pour la lutte toujours plus violente, plus âpre, et incessamment plus dure ; ce n'est pas le minimum en vue d'être utile à l'occasion qu'il doit posséder, c'est le maximum et le maximum de moyens spéciaux pour assimiler toutes les choses nouvelles et les appliquer, aussi bien pour l'avantage de ceux qui lui donnent confiance que pour maintenir dans le bon rang la corporation à laquelle il a l'honneur d'appartenir.

Je dirai donc aux confrères qui veulent exercer spécialement la chirurgie dentaire qu'ils doivent s'armer sérieusement pour ne pas être déçus. Les mots ne veulent rien dire, c'est peut-être vrai, mais certains mots peuvent trop dire et stomatologie est de ces derniers.

Qu'il soit médecin ou chirurgien, le dentiste a toujours les mêmes maladies à soigner — et ensuite les mêmes opérations à faire — c'est cela qu'il doit savoir — et, « stomatologie » ne voulant dire autre chose qu'odontologie ou dentisterie, le stomatologiste, ancien ou futur, peut-être médecin, mais sûrement il restera dentiste — et ce n'est pas un titre déshonorant puisqu'en somme, honneur et profits, situation enviée, etc., etc., sont des apanages de la profession dentaire. Et surtout, ce dont doit se méfier le « médecin dentiste » de demain, c'est de se croire destiné à une *pratique* différente et plus étendue que celle du chirurgien dentiste tel que nous le rêvons, c'est-à-dire l'égal, dans la société, du médecin, de l'ingénieur, de l'avocat, de l'astronome, etc., etc.

A. SIFFRE.

MÉDECINE PRATIQUE

Ce que tout médecin doit avoir en s'installant(1).

(Objets, Instruments et appareils indispensables à l'exercice de la profession médicale);

Par le Dr **Joseph GUYOT** (de Bordeaux)
Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux

Quel est celui d'entre nous qui n'a été fort embarrassé le jour où, nos études médicales terminées, ce titre de docteur enfin acquis,... il a fallu s'installer ? La première préoccupation, en l'occurence, est celle de *s'outiller* ; de se procurer, afin de les avoir sous la main, à toute heure du jour et de la nuit, les instruments les meilleurs, les plus simples mais : *tous ceux de première nécessité*.

Dès qu'il aborde la clientèle, le jeune confrère sait qu'il doit être tout à la disposition de ses semblables ; les cas les plus disparates, les plus délicats et les plus urgents vont être soumis à son diagnostic et nécessiter des soins appropriés. Il ne suffit pas qu'il soit instruit, il faut aussi qu'il ait déjà acquis une habileté professionnelle qui ne s'apprend que par la fréquentation des malades et, ces conditions remplies, il pourra se trouver très embarrassé s'il n'a pas à sa portée « ses instruments de travail ». Quels sont donc ceux qu'il faut avoir partout et toujours ? Quels sont ceux, au contraire, qui ne correspondent qu'à des opérations rares, non urgentes et qu'on peut se dispenser d'acheter ?

Pour savoir faire un choix judicieux, il faudrait déjà être un praticien. Or, le plus souvent, c'est le fabricant d'instruments qui fait la liste, y glissant parfois des objets d'une inutilité absolue, oubliant, plus rarement il est vrai, l'instrument absolument indispensable. Certes, si les limites du budget du jeune médecin le permettent, son arsenal personnel peut s'enrichir de quantité d'objets de seconde nécessité. Mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Quand on s'installe, on a de gros frais : il est sage de consacrer à l'outillage médico-chirurgical la somme nécessaire afin de se procurer tout ce qui est indispensable. Mais il serait absurde et très regrettable de se munir, comme nous l'avons vu plusieurs fois, d'objets inutiles au détriment d'instruments nécessaires à la pratique médicale quotidienne.

C'est à l'intention de nos jeunes confrères sur le point de s'établir que nous avons tenté de faire une liste, qui certes n'a la prétention d'être ni complète ni immuable : chacun, suivant le milieu où il exercera, suivant aussi son instruction et les spécialités qui lui sont familières, pourra la compléter. Ce que nous avons voulu, en la publiant, c'est mettre à la disposition des intéressés, toujours intéressants, une sorte de schéma où ils trouveront le minimum des choses indispensables à la pratique de la médecine et de la chirurgie journalière. Sonder un rétentionniste, ponctionner une ascite, évacuer un épanchement pleural, mettre des pointes de feu, enlever un sou de l'œsophage, faire une trachéotomie, suturer une plaie, saigner un urémique, inciser un phlegmon, opérer une hernie étranglée, donner le chloroforme, faire une application de forceps, tamponner une épistaxis, appliquer des ventouses, faire une injection de sérum, etc., etc.. : tout cela n'est-ce pas la pratique de tous les jours et ne faut-il pas que le praticien ait à lui, à sa disposition, comme des amis fidèles, ses instruments : accessoires

(1) Extrait d'une conférence pratique de petite chirurgie faite à l'amphithéâtre de St-Raphaël, le 25 février 1910.

indispensables à son action qui sera, presque toujours, d'autant plus bienfaisante et utile qu'elle aura été plus rapide.

L'arsenal d'un médecin aujourd'hui doit comprendre non seulement les objets, instruments ou appareils susceptibles d'être transportés suivant besoin au domicile de ses malades mais encore l'outillage d'une salle annexée à son cabinet destinée et aux pansements des blessés et aux examens que tout médecin devrait faire lui-même (examens des urines, recherches de bacilles dans les crachats, examen et pansements gynécologiques, etc).

I. — *Instruments de chirurgie courante :*

1 boîte de six bistouris manche métal ;
1 paire de ciseaux droits ;
1 paire de ciseaux courbes ;
6 pinces à forci-pressure ;
6 pinces de Kocher ;
2 pinces à griffes ;
1 pince à disséquer ;
1 stylet ;
1 sonde cannelée ;
1 trocart ;
1 aiguille de Reverdin droite ;
1 aiguille de Reverdin courbe ;
1 boîte d'aiguilles d'Hagedorn ;
2 lancettes ;
1 sonde de femme en métal ;
1 pince à langue de Berger ;
1 ouvre-bouche ;
1 boîte à agrafes de Michel ;
2 curettes de Wolkman ;
2 daviers à extraction dentaire ;
1 canule de trachéotomie (adultes) ;
1 canule de trachéotomie (enfants) ;
2 écarteurs de Farabœuf ;
2 valves vaginales.
1 spéculum de Cusco.
1 hystéromètre.
1 pince à pansement utérin.
1 pince à col.
2 curettes utérines.
1 sonde intra-utérine de Doléris.
1 forceps de Tarnier.
1 crochet de Kirmisson.
1 rasoir.

II. — *Appareils d'ordre thérapeutique.*

1 thermocautère.
1 aspirateur Dieulafoy.
1 seringue à hydrocèle.
1 seringue de Roux.
2 seringues de Pravaz avec aiguilles deplatine.
1 pile portative de Gaiffe.
1 laveur (douche avec canule vaginale).
1 vide-bouteille.
1 bande hémostatique d'Houzay de Launois.
10 ventouses.
1 lot d'attelles de bois pour fractures.

III. — *Sondes et bougies.*

1 explorateur uréthral de Guyon.
5 sondes uréthrales de Nélaton.
5 sondes en gomme.
5 sondes coudées de Mercier.
5 bougies uréthrales.
1 tube de Faucher.
2 sondes œsophagiennes.
2 bougies œsophagiennes.

IV. — *Appareils d'exploration.*

1 stéthoscope.
1 ophtalmoscope.
1 spéculum nasi.
1 spéculum auri.
1 laryngoscope.
1 microscope.
1 boîte de doigts de gant (toucher rectal).
2 paires de gant de caoutchouc.
1 boîte d'examen d'urine.
2 abaisse-langue métalliques.

V. — *Pharmacie d'urgence.*

Gaze en boîtes stérilisées.
Coton en boîtes stérilisées.
Gutta percha laminée.
Bandes de toile.
Bandes de tarlatane.
1 crayon de nitrate d'argent.
2 flacons de crins de Florence.
4 flacons de catgut n° 1 et n° 2.
2 drains de caoutchouc stérilisés.
Paquets de cyanure à 0 gr. 25 centigr.
Alcool à 90°.
Vaseline boriquée.
Collodion.
Poudre de bismuth.
Poudre de Lucas-Championnière.
Pommade de Reclus.
Ampoules de caféine (pour injections hypodermiques).
— d'éther.
— d'ergotine.
— de morphine.
— de novocaïne.
2 flacons de chloroforme anesthésique.
1 tube de chlorure d'éthyle (anesthésie locale).

VI. — *Objets divers.*

2 blouses blanches.
1 lampe à alcool.
2 cuvettes en émail.
1 plateau à instruments.
1 étuve pour stérilisation des instruments.
1 table d'examen.
1 vitrine à instruments.
1 trousse métallique stérilisable.

Ayant à sa disposition et sous sa main ces différents objets, le jeune confrère pourra alors, sans crainte, attendre ses clients.

A la liste que nous lui indiquons, il ajoutera suivant les circonstances, le milieu et son instruction individuelle dans telle ou telle spécialité tels instruments ou tels appareils. Il est incontestable que l'arsenal du médecin isolé à la campagne devra être plus important, plus complet que celui des médecins de ville.

Mais chez les uns comme chez les autres, nous ne saurions trop insister, en terminant, sur la nécessité actuelle, pour le médecin praticien, d'avoir toujours à sa disposition au moins deux paires de gant de Chaput. N'arrive-t-il pas quotidiennnent que le même médecin ait dans la même journée à ouvrir un abcès, un phlegmon, un anthrax et ensuite à donner des soins à une femme en couche ?

Le gant, en pareil cas, en protégeant ses mains des contacts septiques (toucher rectal, pus, autopsies) lui rendra ainsi qu'à ses malades les plus grands services.

Si l'emploi du gant de caoutchouc si facilement stérilisable par l'ébullition, est en effet entré actuellement dans la pratique chirurgicale quotidienne, il faut bien reconnaître que nombre de médecins, de praticiens distingués, à clientèle de choix, ne profitent pas encore, pour eux et leurs clients, de tous les sérieux avantages que comporte l'emploi habituel du gant pour toutes les explorations ou opérations septiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1910.

Les oosporoses. — M. H. ***Roger*** décrit des parasites végétaux appartenant au genre *oospora*, très répandus dans la nature, qui peuvent envahir les téguments et les muqueuses de l'homme. On les rencontre plus spécialement sur la peau, le canal lacrymal, la cavité buccale, l'appareil digestif, les voies respiratoires.

Ils peuvent provoquer des lésions comparables à la tuberculose, surtout au niveau des voies respiratoires. Un point capital est à signaler ici : l'absence d'albumine dans l'expectoration.

La néphrite chronique primitive de l'enfance. — M. ***Marfan*** caractérise cette variété de néphrite, qu'il a déjà décrite il y a une dizaine d'années, par la chronicité d'emblée, l'insidiosité du début. On est amené à l'examen des urines par la constatation d'œdèmes assez légers, mais étendus ; l'albuminurie est toujours abondante, la perméabilité du rein normale, la tension artérielle faible. La situation demeure longtemps telle.

Quelques années après le début de la maladie, apparaissent des signes nouveaux traduisant l'apparition de lésions interstitielles : hypertension et phénomènes urémiques. A dater de ce moment la maladie évolue avec l'allure de la néphrite chronique interstitielle.

De la craniectomie décompressive. — M. ***Babinski*** étudie l'action de la craniectomie décompressive dans l'œdème cérébral symptomatique d'une tumeur intracranienne ou dépendant de quelque autre cause.

L'opération atténue ou supprime la céphalée, les vomissements et les troubles mentaux, et, pratiquée en temps opportun, peut préserver de la cécité, en arrêtant l'évolution de la stase papillaire. Il ne faut cependant pas opérer avant d'avoir nettement constaté l'inefficacité des moyens plus simples (médicaments et rachicentèse). Il faut opérer précocement, quand l'acuité visuelle n'a pas encore ou n'a que très légèrement diminué.

Election. — MM. ***Pestalozza*** (de Rome) et ***Martin*** (de Genève) sont élus correspondants étrangers. Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 avril 1910

Quatre cas de cancer traités avec succès par la fulguration. — M. ***de Keating-Hart*** présente quatre cas de cancers traités avec succès par la *fulguration* : un cancer du sein, un de la langue, un de l'amygdale et un ostéo-sarcome volumineux et récidivé de l'épaule. Le premier, malgré une exérèse restreinte, demeure guéri après 21 mois ; le second et le troisième, malgré des lésions graves et propagées aux ganglions cervicaux, sont sans récidive depuis dix-huit et treize mois, enfin le quatrième, malgré l'envahissement rapide antérieur de presque tout l'humérus, demeure en bon état. En ce dernier cas. il faut ajouter que les parties molles du bras et de l'avant-bras entier ont été conservées à la malade.

Présentation de malade. — M. ***de Beurmann*** présente une malade porteur de quatre gommes sporotrichosiques.

Comparaison des résultats de l'intra-dermo-réaction à la syphiline et de la réaction de Wassermann. — MM. ***Courmont*** et ***Nicolas*** (Lyon) arrivent à la conclusion que les résultats sont concordants (50 malades examinés) et que par conséquent l'intradermo-réaction à la syphiline est spécifique. Elle est beaucoup plus simple et plus facile à exécuter, à condition d'employer une syphiline suffisamment forte.

Crises gastriques oxalémiques. — M. ***Lœper*** rapporte ses recherches sur l'élimination de l'acide oxalique par les muqueuses intestinale et gastrique. Elle s'observe surtout chez les individus goutteux ou diabétiques, en un mot oxalémiques. Cette oxalémie existe et a trois voies d'élimination ; en donnant soit l'oxalurie, la lithiase oxalique intestinale, les crises gastriques oxalémiques.

Purpuras hémorrhagiques. — MM. ***Nobécourt*** et ***Tixier*** rapportent une étude sur ces purpuras et surtout au point de vue hématologique. Suivant les auteurs, il n'existe pas d'altérations sanguines. La thérapeutique ne sera donc pas dirigée du côté du sang, mais plutôt contre l'élément infectieux qui est en cause.

Sur un cas de méningite mixte méningococcique et tuberculeuse. — M. ***E. Combe*** présente l'observation d'un malade du service de M. H. Vincent au Val-de-Grâce, qui offrit tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale aiguë, à laquelle il succomba en quelques jours. Cette méningite était due à l'association du méningocoque et du bacille de Koch.

— La nature méningococcique fut décelée dès le début par la précipito réaction. Elle fut vérifiée à l'autopsie par la constatation du méningocoque dans les méninges.

— Le bacille de Koch n'apparut dans le liquide que la veille de la mort. La formule cytologique présenta des variations (mononucléose, puis polynucléose, et de nouveau, mononucléose).

L'autopsie confirma ces constatations bactériologiques faites pendant la vie, en montrant la présence des deux agents pathogènes dans les méninges cérébrales. Néanmoins ces membranes ne présentaient aucune lésion tuberculeuse spécifique, soit macroscopique, soit histologique.

L'association du méningocoque au bacille de Koch apporte un caractère de gravité nouveau au pronostic.

Elle donne lieu à un tableau symptomatique analogue en tous points à celui des méningites relevant du seul méningocoque.

Le diagnostic de la nature mixte d'une méningite ne peut être fait par l'étude clinique du malade. Il nécessite, pour pouvoir être posé, un examen bactériologique absolument complet et précis du liquide céphalo-rachidien.

Rétinite albuminurique et azotémie. — MM. ***F. Widal***, ***V. Morax*** et ***André Weill***. — La valeur pronostique de la rétinite albuminurique est connue de longue date, mais l'explication en est restée obscure.

Il nous a paru intéressant de rechercher s'il n'y avait pas un rapport entre cette lésion oculaire et l'azotémie dont MM. Widal et Javal ont montré la signification fâcheuse.

Nos recherches, qui ont porté sur 71 malades atteints de néphrites de types divers nous ont permis d'observer 17 cas de rétinite. Nous avons pu tout d'abord constater qu'il n'existait aucun rapport entre cette lésion et la rétention des chlorures.

Par contre, nos dix-sept malades ont tous présenté une rétention azotée plus ou moins prononcée dans le sérum sanguin.

Chez quinze de ces malades, atteints de rétinite, il existait dès le premier examen une rétention azotée dépassant 2 grammes dans 11 cas, comprise entre 1 et 2 grammes dans les 4 autres. Douze de ces malades sont morts dans un délai variant de 3 jours à 13 mois. Les 3 survivants sont suivis depuis moins de quatre mois.

Enfin, chez deux malades, nous avons assisté à l'apparition de la rétinite ; son début a coïncidé avec celui de la rétention azotée dans le sang.

La constance de la rétention azotée chez ces malades nous autorise à penser que la rétinite dite albuminurique est, au moins dans la grande majorité des cas, une rétinite azotémique. Cette constatation nous donne la clef de cette gravité du pronostic que tous les auteurs assignent à cette lésion oculaire. Il est important en clinique de posséder un symptôme aussi flagrant que la rétinite pour orienter le diagnostic vers la néphrite azotémique.

La distinction des deux syndromes de rétention azotée et de rétention des chlorures se poursuit donc jusque sur le terrain de la pathologie oculaire, et l'on peut opposer l'œil des azotémiques caractérisé par la rétinite, à l'œil des chlorurémiques, où l'allure clinique et le pronostic sont tout différents.

Enfin la notion de la nature azotémique de la rétinite pourra peut-être parfois aider à établir un diagnostic ophtalmologique hésitant. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 avril 1910.

Les lipomes multiples symétriques. — M. *Poncet*. — M. Pozzi nous a présenté à la dernière séance un cas de lipomes multiples symétriques. A ce propos je voudrais insister un peu sur la pathogénie de ces lipomes, car c'est là le point le plus intéressant de leur histoire. Il semble que dans un assez grand nombre de cas on puisse et doive invoquer une origine toxi-infectieuse. Pour ma part, j'ai observé plusieurs cas à l'origine desquels on trouve la tuberculose. Chez la malade de M. Pozzi, la puerpéralité pourrait bien être en cause.

Embolies pulmonaires post-opératoires. — M. *Segond*. — Permettez-moi, à propos de la discussion actuellement en cours sur les embolies post-traumatiques ou post-opératoires, de vous rappeler par un exemple personnel combien médecins et chirurgiens, et surtout les membres de notre Société, à cause de l'autorité dont leurs déclarations jouissent non seulement dans le monde médical, mais aussi dans le grand public, doivent se montrer prudents et réservés dans leurs affirmations relatives à la valeur de tel ou tel procédé thérapeutique.

J'ai eu récemment à déplorer la mort subite, au moment où, guérie, elle allait quitter la maison de santé, d'une malade à laquelle j'avais enlevé un volumineux fibrome utérin. Cette mort n'était attribuable qu'à une embolie. Le mari, persuadé, à la suite des déclarations de M. Chantemesse à l'Académie de médecine, que des injections préventives d'acide citrique eussent parfaitement pu éviter cet accident, voulut intenter un procès au médecin traitant qui avait, disait-il, commis une faute lourde en ne faisant pas à sa malade quelques injections préventives. J'eus toutes les peines du monde à l'en dissuader.

Scoliose congénitale. — M. *Kirmisson* présente un rapport sur une observation de M. Mouchet. Il s'agit d'une petite fille de 3 ans qui, dans la région dorsale inférieure, présentait une scoliose très accentuée, à concavité gauche occupant la région dorsale inférieure. Cette enfant, qui avait été élevée au biberon et qui présentait quelques signes de rachitisme, ne marcha qu'à 18 mois et c'est à ce moment qu'on s'aperçut de la déviation vertébrale. On crut à une scoliose rachitique. Mais l'examen radiologique montra l'existence d'une atrophie de la moitié droite de la 9e vertèbre dorsale. C'est le 5e cas de scoliose congénitale que voit M. Mouchet.

Hémophilie et son traitement. — M. *Walther* présente un rapport sur 3 observations communiquées par M. Guillot (du Havre). Chez ces 3 sujets, âgés respectivement de 18, 19 et 38 ans (deux hommes et une femme) il a vu survenir accidentellement des accidents d'hémophilie. Leurs ascendants n'avaient jamais présenté d'accidents de ce genre.

C'est après une intervention chirurgicale que s'est montrée l'hémophilie : incision d'un phlegmon ischio-rectal chez l'un, opération orthopédique pour pied bot paralytique, cure radicale de hernie avec varicocèle.

L'opération fut suivie dans les 3 cas d'hémorragies très graves : l'un des malades mourut. Les deux autres guérirent après de nombreuses injections de sérum de cheval frais, de chlorure de calcium, de sérum gélatiné. C'est à ce dernier que l'auteur attribue la guérison de ses malades car les deux premiers produits n'ont pas paru produire grand effet. M. Walther cependant dit avoir toujours été très satisfait du sérum de cheval frais dans les cas de ce genre.

M. *Legueu*. — J'ai pour ma part obtenu aussi d'excellents effets du sérum antidiphtérique chez un malade hémophile que j'ai traité pour des hématomes survenus spontanément dans les deux fosses iliaques. L'un d'eux fut incisé. Mais il se produisit alors des hémorragies qui faillirent emporter le malade. L'autre hématome guérit simplement sous l'influence du repos et d'injections de sérum antidiphtérique.

M. *Tuffier*. — Le sérum de cheval frais m'a donné de bons résultats. Le chlorure de calcium m'a paru peu efficace. D'autre part le sérum gélatiné est dangereux à cause des accidents de tétanos auxquels il expose.

M. *Routier*. — La sérothérapie antihémophilique peut provoquer des accidents dont il est bon d'être averti. Chez une hémophile atteinte de fibrome, des injections coagulantes préventives ont provoqué une thrombose de la veine porte et la mort.

Présentation de malades. — M. *Morestin* présente :

1° Un jeune homme auquel il a enlevé un sarcome de la 11e côte avec prolongement intra-thoracique. La guérison fut rapide malgré le pneumothorax. C'était un sarcome à myéloplaxes avec çà et là quelques cellules rondes ;

2° Un malade opéré d'un sarcome de l'extrémité terminale de l'iléon invaginé à travers la valvule iléo-cœcale, ce qui avait amené une occlusion complète. Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 21 avril 1910

Vols épileptiques et automutilations chez un anormal, voleur constitutionnel. — MM. René *Charpentier* et *Dupuy* présentent à la Société un homme de 26 ans, débile amoral constitutionnel, alcoolique dès l'âge de douze ans, dont le premier vol, commis à l'âge de huit ans, fut suivi d'un nombre considérable d'autres qui entraînèrent un séjour dans une maison de correction et des condamnations multiples de 16 à 21 ans.

G... ne passe jamais plus de huit jours consécutifs hors de prison. Il fit son service en Afrique et fut réformé à la suite d'accidents épileptiques consécutifs à des excès alcooliques et absinthiques. Ces accidents épileptiques qui entraînèrent la réforme du service militaire à l'occasion de voies de fait et de menaces de mort ayant pour conséquence la prévention du conseil de guerre, s'accompagnent d'automutilations curieuses.

L'intérêt de l'observation réside dans le fait que ce voleur amoral constitutionnel fut envoyé à l'asile à deux reprises à la suite de 2 vols nettement d'origine épileptique, vols d'ailleurs de très minime importance.

La coïncidence chez le même sujet de ces vols d'étiologie différente rendait particulièrement difficile la tâche des experts.

M. *Vallon*. — La nature épileptique du dernier vol accompli par ce malade, et à l'occasion duquel j'ai été commis, paraissait au premier abord des plus difficiles à établir. Cet homme, après avoir dérobé une pile de chaussettes à la devanture d'un magasin s'était sauvé en courant, puis se voyant poursuivi, s'était débarrassé des objets volés ; arrêté, il disait n'avoir aucun souvenir de l'acte qu'il venait de commettre. Le fait qu'un inculpé est atteint d'épilepsie n'est pas suffisant pour permettre de considérer également son acte comme épileptique. Certains actes épileptiques, d'autre part, revêtent quelquefois l'apparence d'actes conscients.

M. *Briand*. — En principe, il faut se méfier des actes de l'épileptique qui invoque sa maladie pour en expliquer leur caractère délictueux. Cependant il ne faut pas croire d'emblée à la simulation ; les impulsions épileptiques, tels certains vols, commis par un malade que j'ai observé, peuvent prendre toutes les apparences d'actes raisonnés, voulus, conscients.

Paralysie générale atypique, conservation des aptitudes au dessin. (Présentation de dessins). — MM. *J. Rogues de Fursac* et *J. Capgras* présentent l'observation d'un paralytique général chez lequel les aptitudes au dessin se sont conservées longtemps au milieu de l'affaiblissement intellectuel qui caractérise le processus paralytique. Le début de l'affection remonte au milieu de 1907. A la fin de 1909 et au commencement de 1910, le malade, complètement dément, était encore capable d'exécuter des dessins, surtout des dessins de têtes, expressifs, corrects, dans l'ensemble et dans les détails. Un de ces dessins, qui remonte à septembre 1909, est particulièrement intéressant. C'est la reproduction directe, en quelque sorte « d'après nature », d'une hallucination visuelle éprouvée par le malade au cours d'un accès délirant hallucinatoire.

Depuis quelques semaines, la faculté du dessin, jusque-là si remarquablement conservée, s'affaiblit rapidement. Les derniers dessins (avril 1910) sont stéréotypés, sans expression, réduits à des esquisses maladroites.

Il existe un contraste frappant entre la conservation prolongée des aptitudes artistiques et la disparition rapide des connais-

sances arithmétiques, chez un sujet qui, en sa qualité de percepteur, avait cependant une grande habitude du calcul acquise par l'exercice, tandis que les aptitudes artistiques étaient innées. La conservation d'une faculté isolée au cours d'un processus démentiel dépendrait ainsi d'une disposition originelle plutôt que d'un automatisme acquis.

M. **Briand**. — La démence paralytique laisse ainsi à certaines facultés la possibilité d'émerger au dessus des ruines des autres facultés et ces élans peuvent faire croire à un affaiblissement beaucoup moins prononcé que celui qui existe réellement. Or les facultés acquises récemment sont celles qui sombrent le plus rapidement. Le calcul, d'autre part, nécessite des efforts supérieurs à ceux que peut fournir un paralytique et la disparition de sa faculté est précoce. Le dessin et la musique, au contraire, persisteront plus longtemps parce qu'ils peuvent s'accomplir par une sorte de réflexe.

M. **Ballet**. — Il faut néanmoins tenir le plus grand compte des tendances et des aptitudes individuelles.

Apraxie, agnosie, aphasie, démence. — MM. ***Félix Rose*** et ***R. Benon***. — Présentation d'une malade atteinte d'affaiblissement intellectuel, caractérisé par des troubles légers de la mémoire, de l'attention et de l'orientation, mais avec conscience relative de sa situation. Troubles du langage, oubli des noms. Agraphie, cécité verbale et alexie, sans surdité verbale.

Apraxie déomotrice plus marquée à gauche ; apraxie idéatoire, agnosie.

Pas de troubles marqués de la motilité, de la sensibilité et des réflexes. Pas d'ataxie.

Otite moyenne avec épisode confusionnel au début de l'affection.

La présentation de cette malade permet aux auteurs de considérer les rapports pathogéniques de ces divers symptômes.

Chorée aiguë et catatonie. — A. ***Pelissier***. — Présentation d'une jeune fille de 16 ans, d'hérédité syphilitique, et maniaque dépressive, ayant eu une chorée à l'âge de 5 ans, chorée qui guérit parfaitement.

Le 2 mars 1910, la jeune malade est prise d'accidents choréiques aigus, fébriles, sans troubles psychiques ; les accidents se calment brusquement le 10, et la malade entre dans une période de confusion mentale hallucinatoire à type dépressif, qui se transforma au bout de huit jours en un état de stupeur catatonique absolu. La catatonie disparut progressivement et complètement au bout de 5 jours, en même temps que la température revenait à la normale.

Dans cette observation, la chorée et la catatonie semblent avoir la signification de deux syndromes de même origine nettement infectieuse. Cependant la constitution psychopathique joue certainement un rôle important dans leur détermination.

M. **Claude**. — Il s'agit d'une affection à type choréique sous la dépendance d'une infection. C'est une méningo-encéphalite d'origine infectieuse dont les manifestations ont été d'abord choréiques, puis psychopathiques (dépressives avec attitudes catatoniques) ; toutes deux sont la résultante d'une infection initiale de la corticalité.

M. **Briand**. — Cette observation, véritable expérience de laboratoire, vient à l'appui de la thèse, qui tend à se soutenir, de la cause infectieuse des folies. La malade de M. Pélissier est une prédisposée réagissant comme une prédisposée à une infection.

L'explication rationnelle de sa chorée et de son état délirant par l'existence d'une infection est un argument puissant pour ceux qui veulent aujourd'hui mettre toutes les psychoses sur le compte d'une infection.

M. ***Blondel*** présente une malade atteinte depuis 18 ans de délire de persécution systématique hallucinatoire, sans aucun affaiblissement intellectuel. Où classer actuellement une telle malade ? Elle ne semble rentrer ni dans la paranoïa, vu les hallucinations, ni dans la démence paranoïde, vu l'intégrité de ses facultés mentales. En réalité, elle relève cependant de la paranoïa. Sous le terme unique d'hallucinations, il semble que nous groupions deux ordres de symptômes qui diffèrent cliniquement et stéologiquement.

Les hallucinations qu'on observe dans les états confusionnels et démentiels dépendent de l'ébranlement automatique des centres psycho-sensoriels.

Ce que les recherches psychologiques et sociologiques actuelles nous apprennent du mécanisme de la perception tend à démontrer qu au contraire, les troubles psycho-sensoriels signalés dans la paranoïa et compatibles avec l'intégrité des facultés intellectuelles relèvent de l'exercice pacalogique des facultés supérieures et que l'activité mentale tout entière du malade s'y trouve ainsi intéressée. Il importerait donc de distinguer dans l'énonciation des symptômes les hallucinations en actives et passives et cette distinction aurait des conséquences quant au diagnostic et au pronostic.

Discussion remise à la séance ultérieure.

René Charpentier.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 avril.

Néoformations osseuses dans les pleurésies purulentes. — M. ***Monnier***, à propos de la communication de M. Rousseau présente un massif osseux de 8 cent. sur 9 formé aux dépens des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e côtes, enlevé en 1891 chez un enfant de 11 ans, qui avait subi un Estlander en 1889 pour une pleurésie fistuleuse datant de 4 ans ; l'enfant ne guérit qu'en 1893, M. Monnier conclut que dans les pleurésies chroniques étendues chez l'enfant, il ne faut pas trop respecter le périoste qui a tendance à refaire de l'os.

Sur la nécessité de l'envoi des tuberculoses chirurgicales à la mer ou à la campagne. — M. ***Judet*** soutient que l'on peut très bien guérir les tuberculoses chirurgicales dans les grandes villes, avec un bon traitement local et une bonne gygiène.

M. **Lance**. — Nous devons guérir à Paris la grande majorité des tuberculoses chirurgicales, pourvu qu'elles se trouvent dans les conditions d'hygiène, de docilité voulues. Mais, toutes les autres conditions étant égales, le séjour à la mer, dans les limites de ses indications et contre-indications, avec un choix judicieux du climat, est un adjuvant puissant au traitement local. Après avoir résumé l'action du climat marin sur les différentes affections à leurs diverses périodes et montré de quels facteurs se compose cette action, en insistant en particulier sur le rôle de l'aération continue qui permet la suralimentation des malades immobilisés, M. Lance pense que le traitement marin présente des avantages évidents, si on y ajoute, pour la classe riche l'importance de l'éloignement des relations mondaines, l'autorité de l'exemple. Il est certain que si le malade peut effectuer la cure marine dans de bonnes conditions on ne peut que le lui conseiller.

M. **Brodier**. — L'influence du climat, la composition de l'air atmosphérique, a-t-elle une influence salutaire sur les moyens de défense de l'organisme. C'est là un problème à équation simple dont la solution est facile et a été prouvée. Convient-il d'envoyer les tuberculoses chirurgicales à la campagne ? Ce second problème est à équations multiples et la solution en est moins aisée. Il faut admettre tout d'abord qu'au point de vue chirurgical les malades reçoivent les mêmes soins à la campagne qu'à la ville. Il convient surtout d'envoyer à la campagne : 1° les tuberculoses qui ne sont que la manifestation locale d'un état général ou d'une tuberculose en mouvement ; 2° les affections suspectes d'être tuberculeuses ; 3° les tuberculoses sériques. Le séjour à la campagne, à la mer ou dans la montagne, avec une bonne alimentation et des soins méthodiques et rationnels ne peut avoir d'efficacité qu'à la condition que le malade se plaise à la campagne pour tirer tous les bénéfices de son changement de milieu.

M. ***Barbarin*** réclame dans les tuberculoses chirurgicales l'unité de traitement pendant toute la durée de la maladie, soit à Paris, soit à la mer, soit à la montagne, on obtiendra d'excellents résultats à condition que la ligne de traitement ne soit pas modifiée et qu'on s'occupe de l'état général.

Abcès sous-méningé d'origine mastoïdienne. — M. ***Ozenne*** fait un rapport sur une observation de M. Chaton de (Besançon). Au cours d'une otite grippale, une mastoïdite se déclare. Elle est opérée et l'on découvre un trajet profond. L'amélioration

n'est que passagère. Dans une deuxième opération, l'élargissement du trajet profond donne jour à une vaste collection sous-méningée étendue jusqu'au sinus latéral. Guérison.

Intervention pour craquements sous-scapulaires. — M. *A. Huguier* présente une jeune fille opérée pour des craquements sous-scapulaires gauches extrêmement intenses, datant de 6 ans. Incision verticale le long du bord spinal de l'omoplate ; puis on taille dans le trapèze et le rhomboïde un lambeau et, explorant la face profonde de l'omoplate on trouve un petit crochet osseux au niveau de l'angle supérieur de l'omoplate, on le résèque. Interposition du lambeau musculaire entre le thorax et l'omoplate. Guérison parfaite des craquements. Pas de déviation ni de gêne dans les mouvements de cet os. Il s'agit d'une exostose ostéo-cartilagineuse grosse comme un petit pois développée au sommet de l'angle supérieur de l'omoplate.

M. *Paul Delbet* présente **un utérus cancéreux extirpé chez une diabétique.** Il insiste sur l'innocuité des opérations chez les diabétiques quand on substitue au chloroforme l'anesthésie locale ou la rachi-anesthésie et quand l'opération est aseptique.

Présentation de radiographies. — M. *Péraire* présente, au nom de M. Crémieux de (Cette) et au sien, deux radiographies. Dans la première il s'agit d'une luxation complète du radius droit. Cette radiographie a été faite 14 ans après l'accident. Le radius est distant d'un centimètre 1/2 du condyle externe huméral. Cependant il n'y a pas d'impotence fonctionnelle ; dans la deuxième, il s'agit d'une lésion grave de la main droite par coup de fusil.

Appendicite et grossesse. — M. *Péraire* relate l'observation d'une jeune femme de 19 ans 1/2 qui fut atteinte, pendant le cours d'une grossesse, d'une crise particulièrement grave d'appendicite avec œdème sous-péritonéal et lymphangite. L'appendicectomie coupa court aux menaces d'infection généralisée du péritoine et n'influença en rien la grossesse qui continua à évoluer et se termina par un accouchement normal.

M. *Paul Delbet* rapporte plusieurs cas de grossesse compliquée d'appendicite. Il insiste sur la gravité du pronostic pour la mère et pour le fœtus. Il discute les indications opératoires et conclut : avant le 6e mois de la grossesse, se comporter vis-à-vis de l'appendicite suivant les règles ordinaires, mais faire une large place à l'opération à chaud, l'appendicite ayant alors habituellement une évolution grave ; du 6e au 8e mois, temporiser le plus possible. Après le 8e mois, à la moindre menace, provoquer l'accouchement et faire l'opération de l'appendicite immédiatement après.

MM. *Bonamy* et *Verchère* ont aussi opéré des malades d'appendicite aiguë au cours de la grossesse, qui ont ensuite accouché normalement et à terme.

M. *Le Bec* soutient que la présence d'une grossesse ne doit pas être une contre-indication à une intervention abdominale toutes les fois que l'affection contre laquelle on intervient est grave pour la vie (appendicite aiguë) ou peut devenir, au moment de l'accouchement, une cause de dystocie (kystes de l'ovaire, fibromes, tumeurs abdominales). Avec M. *Bonamy*, M. *Le Bec* insiste sur la nécessité de la rapidité opératoire pendant les interventions chez des femmes enceintes.

Fibro-sarcome de la paroi abdominale. — M. *Péraire* présente un malade porteur d'un fibro-sarcome de la partie supérieure de la paroi abdominale récidivé pour la 3e fois. Cette tumeur était adhérente à l'appendice xiphoïde qu'il fallut ruginer et était logée en pleins muscles abdominaux. Il y a eu un intervalle de 13 ans entre la 1re et la dernière intervention. M. Péraire insiste sur la très grande lenteur d'évolution de cette tumeur.

Elections. — M. *Luys* (de Paris) est élu membre titulaire. — MM. *Chaton* (de Besançon) et *Mouret* (de Brioude) sont élus membres correspondant nationaux.

A. Huguier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Le docteur *Lefilliâtre*, président, présente un jeune enfant, atteint de lipome congénital de la région ischiatique.

M. le Dr *Gorse* (de Villiers-sur-Marne) relate un cas de méningite cérébro-spinale traité avec plein succès par l'application pendant 11 jours de l'appareil a drainage lombaire des docteurs *Le Filliâtre* et *Rosenthal*.

M. le Dr *Huchard*, médecin des hôpitaux, fait ensuite une conférence très intéressante et très instructive sur le pronostic des affections cardiaques.

M. le Dr *Léopold Lévy* montre les excellents résultats obtenus dans l'amaigrissement par l'administration d'extrait thyroïdien, qui est un des meilleurs agents excitateurs de l'appétit.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 7 avril 1910.

Bégaiement urinaire. — M. *Chavigny* rapporte un cas de cette curieuse affection qui se caractérise par ce fait que les sujets qui en sont atteints ne peuvent émettre la moindre goutte d'urine lorsqu'ils soupçonnent qu'ils peuvent être aperçus en train d'uriner. L'homme qu'il a observé était un jeune soldat qui était en proie à une véritable angoisse à l'idée qu'il ne pourrait satisfaire ses besoins au cours des marches et pendant les manœuvres. Le traitement de ces malades est des plus difficiles. La suggestion et le traitement rééducateur n'ont donné aucun résultat à M. Chavigny, qui a fait verser dans le service auxiliaire son malade qui sera pourvu d'un emploi sédentaire qui lui permettra de s'isoler à son aise.

Rétention d'urine d'origine hystérique. — A la suite d'une chute de cheval, un cavalier, soigné par M. *Pons*, eut une rétention d'urine qui persista plus d'un mois. L'absence de toute lésion organique ou viscérale, l'existence de quelques stigmates d'hystérie, enfin l'apparition soudaine d'une crise nerveuse qui mit fin à la rétention permirent d'en affirmer la nature hystérique. Le fait était intéressant à signaler, puisque, d'après Déjerine, les rétentions d'urine de nature hystérique ne persistent guère habituellement que deux ou trois jours.

MM. *Delorme* et *Moty* ont également observé des cas de rétention d'urine, de nature indiscutablement hystérique, qui ont duré pendant plusieurs semaines.

Cataracte traumatique. Guérison par résorption spontanée. — M. *Toussaint* en apporte deux cas, provoqués, l'un par coup de feu à blanc tiré à 3 mètres de distance, l'autre par coup de baguette. La guérison s'est faite spontanément, par résorption du cristallin, en un an environ. Il est, par conséquent, avantageux, dans ces cas de cataracte traumatique, d'attendre avant d'intervenir. L'opération n'est indiquée que lorsque les masses cristalliniennes se gonflent. Il faut alors recourir à la ponction suivie de l'aspiration de ces masses.

M. *Sieur* accentue ces conclusions et se déclare aussi partisan de l'abstention. Les interventions trop hâtives sont suivies de désastres. Il faut attendre ou bien que la cataracte se complète — la cure opératoire n'en est que plus facile — ou qu'elle se résorbe. La seule indication d'intervention urgente est celle signalée par M. Toussaint.

Un cas de « mâchoire à ressort ». — M. *Dejouany*. — Originale observation d'un jeune soldat qui se plaignait de gêne douloureuse et de craquements bruyants au niveau de la mâchoire inférieure gauche, chaque fois qu'il ouvrait un peu largement la bouche, et principalement pendant les mouvements de mastication. De fait, quand on fait ouvrir la bouche au sujet, le doigt appliqué sur l'articulation temporo-maxillaire perçoit un ressaut net qui s'accompagne d'un craquement caractéristique qui s'entend à 8 mètres de distance. Ce ressaut se produit exactement au milieu de la course que fait le condyle pour passer de la position bouche fermée à la position bouche ouverte.

Le début de l'affection fut brusque, sans lésions prodromiques.

C'est une infirmité des plus rares. La littérature médicale n'en comporte que 3 cas, recueillis par O. Lang en 1909, et décrits par cet auteur sous le nom de *méniscite temporo-maxillaire*. M. Dejouany préfère la dénomination de *mâchoire à ressort*.

Le mécanisme en est intéressant : il s'agit vraisemblablement d'une luxation du ménisque seul. Dans la luxation vraie de la mâchoire, le condyle glisse sur le plan incliné antérieur de la racine transverse de l'apophyse zygomatique ; la luxation est sous-méniscale. Dans le cas de mâchoire à ressort, le ménisque perd ses connexions avec le manchon capsulaire et se subluxe, soit en dehors, comme chez le malade de Dejouany, soit en avant, comme dans deux des observations de Lang.

Le traitement chirurgical peut seul obtenir la guérison. Lang préconise soit la méniscopexie, soit, de préférence, une résection partielle ou totale du ménisque. Cette dernière opération lui a donné deux succès complets.

Etranglement herniaire par torsion épiploïque. — M. ***Plisson*** a observé un cavalier qui, porteur d'une hernie jusqu'alors parfaitement réductible, fut pris, à la suite d'un exercice de cheval, d'accidents d'étranglement. Bien que les phénomènes morbides fûssent légers, en raison de l'irréductibilité de la hernie, il intervint et résèqua un sac mince, contenant un gros paquet épiploïque terne, ecchymotique, fortement adhérent.

Examen de la pièce : au centre, une frange épiploïque grosse et longue comme le petit doigt, tordue trois ou quatre fois sur son pédicule, avec des phénomènes de nécrose : aspect noirâtre, odeur gangréneuse. Tout autour de ce noyau, un épiploon rouge, puis, périphériquement une lame d'épiploon presque normal mais adhérent aux parois du sac.

L'auteur signale cette opposition curieuse entre la bénignité relative des symptômes observés et la gravité des lésions anatomiques. BILLET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 avril 1910. — Présidence de M. BOURSIER, président.

Traitement du cancer par la fulguration. (Présentation de malades). — M. de ***Keating-Hart*** présente deux cas de cancer traités par la fulguration : une tumeur maligne de l'amygdale, propagée aux ganglions et un sarcome volumineux de l'humérus, tout deux en excellent état depuis près d'un an et demi, malgré la gravité des cas et l'économie des délabrements.

M. ***Ozenne*** estime que, pour un des malades présentés, rien ne prouve l'efficacité de la fulguration, car les chirurgiens observent couramment des résultats heureux et de longue durée rien que par l'emploi de la méthode chirurgicale exclusivement.

Le traitement préventif ne fait pas avorter la syphilis, il l'atténue, la stérilise et en modifie l'évolution. — M. ***Gastou***, après avoir passé en revue les différentes médications dites abortives de la syphilis, insiste sur ce fait que la médication locale sur le chancre ne peut arrêter l'évolution de la syphilis, étant donné que lors de l'apparition du chancre, l'infection ganglionnaire est très accentuée. Quant au traitement local intensif, pratiqué dès l'apparition du chancre, il modifie l'évolution de la syphilis, mais ne l'arrête ni la guérit. La seule action abortive du traitement se rencontre dans la syphilis héréditaire.

Il y a donc danger à laisser entrer dans l'esprit du public qu'il y a un traitement abortif de la syphilis.

M. ***Hallopeau*** a la conviction que le traitement intensif local a une action abortive ; dans les 6 cas où il l'a mis en œuvre depuis 17 mois, il n'y a pas eu trace de manifestation secondaire.

M. Paul ***Guillon***. — Cette question dépasse actuellement les bornes du monde médical, elle vient d'être traitée au Sénat par le Dr Flaissières qui, à propos de la fameuse pommade au calomel, s'est élevé contre l'emploi hâtif des soi-disant découvertes de laboratoire et contre la commercialisation des méthodes scientifiques.

M. ***Toledano***. — Que le traitement par les injections hypodermiques soit plus intense et plus efficace, le fait est indiscutable, mais il ne faut pas dire que le traitement par l'estomac est inefficace. Pour sa part, M. Toledano en possède de nombreuses observations. Si l'on trouve des cas multiples de tabès, cela tient à ce que le traitement par l'estomac n'a pas été suivi pendant un temps suffisant.

M. Maurice ***Faure***. — C'est depuis que l'on fait mieux le traitement hydrargyrique que les accidents nerveux ont une évolution moins grave.

M. ***Ozenne*** se demande si aujourd'hui un médecin oserait, supprimant complètement le mercure, employer seuls les traitements dits abortifs.

M. ***Hallopeau***. — Le mercure ne peut être employé pour le traitement intensif local, ses préparations solubles donnent lieu à une trop vive réaction et ses préparations insolubles séjournent pendant des mois.

M. ***Rochon-Duvigneaud***. — Le tabès paraît moins grave qu'autrefois parce qu'aujourd'hui on diagnostique les cas frustes, sans gravité, ce qui augmente les statistiques. L'action du traitement mercuriel est nulle, malgré tout ce qu'on a pu dire, dans le traitement de l'atrophie optique, même prise au début.

M. ***Desnos*** cite le cas d'un malade chez lequel les symptômes urinaires amenèrent un diagnostic précoce de tabès. Les injections d'huile grise déterminèrent rapidement une aggravation des symptômes.

M. ***Ducor***. — L'avantage du traitement par les injections est qu'il est suivi plus longtemps et c'est pour cela que les malades guérissent mieux.

M. ***Bérillon***. — En dehors des traitements et pour des raisons d'ordre presque social, il est certain que la syphilis a évolué comme les autres maladies ; son tableau clinique n'est plus celui d'autrefois.

M. ***Boursier***, résumant la discussion, déclare que l'avis à peu près unanime de la Société est que le traitement abortif de la syphilis n'existe pas actuellement et qu'il faut attendre longtemps avant de se prononcer sur les traitements nouveaux.

46e CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris, 29 mars 1910.

Ce Congrès s'est ouvert à la Sorbonne sous la présidence de M. *Héron de Villefosse*, membre de l'Institut. Voici quelques communications faites à la section des sciences.

C. FLEIG (de Montpellier). — **Recherches sur l'anastomose circulaire des vaisseaux, par suture ou par appareils prothétiques au point de vue chirurgical et physiologique. Applications à la transfusion du sang et à l'étude de la coagulation.**

L'auteur communique les résultats de ses recherches sur les *sutures et anastomoses* de vaisseaux, en particulier sur l'anastomose artérielle circulaire, réalisée soit par simple suture, soit par fixation sur tubes prothétiques à demeure, soit par suture sur tubes prothétiques amovibles, et sur les *greffes* de segments de vaisseaux suivant ces mêmes procédés, et montre les diverses applications qui en découlent.

Après avoir étudié expérimentalement la technique opératoire de la suture artérielle suivant le procédé de Carrel et signalé quelques points de technique personnels, il étudie une série de procédés d'anastomoses artérielles circulaires ; ce sont les anastomoses *par ligature* sur tube de Payr ou sur tubes prothétiques qu'il a imaginés (tubes de Payr à parois criblées de trous, tubes de Payr à crochets, anneaux de magnésium montés sur trépied sectionnable, bagues en tissu artériel durci, bagues de magnésium ou autres montés sur tubes amovibles par section ou sur « double hémi-cartouche » amovible) ; puis les anastomoses circulaires *par suture* sur double hémi-cartouche à extrémité circulaire, conique ou pyramidale et les anastomoses par ligature ou suture sur tube à revêtement endothélial interne, inclus dans le vaisseau ; enfin les *greffes de segments de vaisseaux* réalisés aussi sur tubes prothétiques spéciaux placés à demeure ou amovibles (tubes fenêtrés porte-greffes, double-hémi-cartouche à double extrémité conique, tubes paraffinés ou à revêtement endothélial interne, chargés du greffon sur leur paroi externe et amovibles après greffe).

Des expériences l'ont amené à préconiser un mode de transfusion du sang consistant à anastomoser, sur support prothétique, un segment de vaisseau d'origine animale entre l'artère du transfuseur et la veine du transfusé, ce segment pouvant lui-même être conservé *in vitro* pendant très longtemps. La transfusion est ainsi plus commode que dans le procédé par suture artério-veineuse directe et que dans le procédé du tube de Cribe. D'autre part, au point de vue physiologique, l'auteur, en se servant de vases à revêtement interne d'endothélium vasculaire pour l'étude de la coagulation du sang, arrive à des conclusions qui peuvent être le point de départ de recherches d'intérêt général sur la comparaison des propriétés biologiques du sang total, du plasma, du sérum et des globules lavés (en particulier dans l'étude du mécanisme de l'immunité des ferments du sang, etc.). L'ensemble de ces études permet aussi d'aborder de nombreux problèmes physiologiques au moyen de greffes extemporanées d'organes (rein, cœur, etc.), qui réalisent en quelque sorte à travers ces organes de vraies circulations artificielles avec un liquide parfaitement physiologique, le sang, et dans des conditions d'irrigation physiologiques puisque le rythme artériel est conservé dans les organes en question.

Enfin, l'auteur groupe une série de considérations, d'ordre expérimental, dans le but d'élucider si les vaisseaux conservés longtemps hors de l'organisme restent vivants ou s'ils ne représentent que des éléments morts, susceptibles de jouer simplement un rôle mécanique lorsqu'on les greffe dans un organisme définitivement ou temporairement.

FOVEAU DE COURMELLES (de Paris.) — **Radiographie de l'estomac.**

Boas, avec des cachets de l'opaque sous-nitrate de bismuth, vit des points de Messire Gaster. Roux et Balthazard, sur des animaux de petite taille, virent cheminer le bismuth.

Peu après ceux-ci, on lisait sous la signature du Dr Foveau de Courmelles, dans l'*Annuaire Farjas*, important volume pour les inventeurs, paru au commencement de 1899, sous la rubrique des *Inventions et découvertes de l'année* 1898 : « Examen de l'estomac » : « L'estomac étant un organe ayant autour de lui des organes opaques (foie, rate, diaphragme) l'obscurcissant, est assez difficile à voir; on a pensé chez les animaux à l'ingestion de sous-nitrate de bismuth et on a pu saisir ainsi les mouvements de la digestion. Chez l'homme, un rétrécissement pylorique avec extension du néoplasme au duodénum a pu voir délimiter sa zone douloureuse et réelle par l'*écran fluorescent* : l'examen a été fait une heure et demie après le repas, le patient ayant ingéré en se mettant à table dix grammes de bismuth (Foveau de Courmelles). Rosenfeld, en Allemagne, préconise l'introduction d'une sonde creuse, perforée de petits trous à son extrémité et portant à peu près 30 grammes de grains de plomb ; on y insuffle de l'air extérieur, peu à peu, l'estomac se déplisse — c'est à jeun que l'on opère — et l'on voit ainsi la forme et la position exacte de l'estomac, qui n'étaient pas celles crues par les physiologistes. »

Dans l'*Indépendance médicale*, du 5 juillet 1899 : « Des cavités organiques, de leur contenu, de l'action hydrologique, examinés aux rayons X », Foveau de Courmelles relatait la jeune fille de 16 ans que venait de radioscoper le Prof. Dr Garrigou, de Toulouse, où il trouve un estomac rétracté « en forme de poire » qu'il dessina. Il rappelait l'estomac radiographié par le bismuth en décembre 1898 (plaque présentée à l'Académie de Médecine le 21 mai 1899) : l'estomac du patient qui a pris divers caustiques pour se suicider est rétréci à distance du foie plus pâle. Au Congrès de l'avancement des Sciences de Boulogne, la même année (*Annales d'Electrobiologie*, janvier-février 1900), ce fait était rappelé, ainsi que les tentatives faites sur lui-même par l'auteur et le plus souvent infructueuses.

Au Congrès d'Electrologie et de Radiologie médicales de Berne (v. *Comptes rendus*, p. 337), je rappelai de nouveau, après bien des articles ou livres intermédiaires, ces faits, et j'ajoutai, après avoir préconisé la radiographie de l'estomac plein d'aliments et de bismuth, avec des résultats négatifs sur moi, positifs sur un malade : « Il ne suffit pas de voir un bord de l'estomac ou un point, mais d'avoir l'estomac entier. Sa forme indiquerait alors celle des organes sous-jacents et renseignerait souvent le clinicien. On peut alléguer que les capsules de bismuth suffisent aussi bien pour l'estomac que pour le convolvulus intestinal. J'estime que ce n'est qu'une affirmation ». On conçoit que ces paroles étaient une réponse, et l'on voit où l'on en était fin 1902, en milieu de spécialistes, et quel peu de succès avait le repas bismuthé qui devait plus tard révolutionner la radioscopie et la radiographie de l'estomac !

(Le repas bismuthé est souvent maintenant un repas à la diaphanite, cacao, magnésie et fer, à cause des intoxications par le sous-nitrate et même le carbonate de bismuth ; l'important n'est d'ailleurs que le phénomène du repas rendu opaque).

Le professeur Rieder, de Munich, n'eut évidemment pas à copier une invention si méconnue, il la retrouva, voilà tout, et l'appliqua avec le plus vif succès. Des idées sont dans l'air, se trouvent, se perdent, se retrouvent. La critique des négateurs, des historiens incomplets ne citant que des travaux leur paraissant bons — le sait-on jamais d'avance, et n'obéit-on pas trop à ses sentiments ! — est seule coupable. Donc, le prof. Rieder, puis le privat-docent Holznecht, de Vienne, firent donner à la méthode ses succès et sa vulgarisation. J'ai vu à Munich et à Vienne, en août et septembre derniers, au cours de ma mission du Ministère de l'instruction publique, leurs laboratoires, leurs diaphragmes, à l'écran. Et je vis aussi à Munich ce que le Dr Rosenthal devait nous montrer peu de jours après au grand Congrès de médecine de Budapest, la *cinématographie de l'estomac*.

La physiologie basée sur l'expérimentation animale, la vivisection, a été révélée fausse, par les chirurgiens Doyen, Tuffier, puis la radioscopie, enfin la radiographie instantanée de l'estomac par les tubes Polyphos du Dr Rosenthal. Et c'est un spectacle vraiment curieux de voir les mouvements de l'estomac se contractant, formant vers le pylore un petit diverticule et faire cheminer une petite boule alimentaire. Les films portent des radiographies instantanées successives et par leur rotation, reproduisent la vie naturelle, la digestion en l'espèce...

ANALYSES

Septicémie à pneumocoques accompagnée d'hémoglobinurie, par Frieds. MEYER (de Dresde). (*Munch. med. Wochenschrift*, 8. 2. 10, p. 300.)

Il n'est pas rare de constater pendant l'évolution d'une pneumonie franche la présence de pneumocoques dans le sang circulant. Ces germes y sont en général peu abondants. L'envahissement massif du torrent circulatoire par les pneumocoques réalisant une pneumococcémie mortelle est une éventualité assez rare. Meyer publie une observation intéressante de scepticémie à pneumocoques où les particularités suivantes méritent d'être relevées.

L'allure foudroyante de l'évolution clinique, la prostration profonde, la fièvre élevée, l'hypertrophie splénique, permettaient d'affirmer une bactériémie, mais rien ne faisait songer à une infection par le pneumocoque. Seule la culture du sang mit en évidence le rôle de cet agent pathogène. L'autopsie devait montrer non seulement sa dissémination dans les différents organes, mais encore avec une netteté particulière, la voie qu'il semble avoir suivie : le lobe inférieur du poumon droit présenta un volumineux foyer d'alvéolite fibrineuse à pneumocoques, la plèvre qui l'entoure est recouverte d'une fausse membrane jaune et épaisse. Mais ce que cette autopsie met bien en lumière, c'est l'existence d'une lymphangite sous-pleurale parfaitement visible à l'œil nu. On peut suivre les lymphatiques distendus et gorgés d'exsudat jusqu'au hile du poumon droit. Les ganglions hilaires sont hypertrophiés et à la coupe on y distingue de petits nodules inflammatoires.

Le canal thoracique est gorgé d'une lymphe épaisse et trouble, son endothélium est enflammé dans la région thoracique supérieure. Sur les coupes histologiques, on constate la présence, en abondance considérable, de pneumocoques dans les voies lymphatiques du poumon droit. Ils sont presque tous phagocytés par les cellules lymphatiques, dont la plupart sont véritablement bourrées de diplocoques.

Des pneumocoques ont pu également être mis en évidence dans le canal thoracique.

La constatation de cette lymphangite et de cette adénite pulmonaire aiguë n'est pas banale et mérite d'être relevée. Elle permet d'affirmer que, dans l'observation de Meyer tout au moins, la pneumococcémie fut secondaire à l'infection lobaire du poumon, les germes pathogènes ayant envahi la circulation après avoir traversé les étapes suivantes : poumon, lymphatiques pulmonaires, ganglions du médiastin, canal thoracique.

Un autre point intéressant dans l'observation de Meyer est l'existence, dès le début des accidents, d'une héminoglobinurie qui dura jusqu'à la mort et s'accompagna, le dernier jour, d'ictère. L'hémoglobinurie a été signalée au cours d'un certain nombre d'infections aiguës sans compter le paludisme. Elle est rare dans les infections à pneumocoques. Frank a signalé, il est vrai, dans 3 pneumonies sur 11 observations, l'existence d'une hémiglobinémie très légère, sans hémoglobinurie. L'infection à pneumocoques peut donc être hémolysante, mais il est vraisemblable que pour que l'hémiglobinurie se produise, une lésion rénale est nécessaire. Dans son cas, Meyer a constaté l'hémoglobinémie et d'autre part nous trouvons relatée dans le protocole d'autopsie la description d'une néphrite congestive, même hémorragique, fort intense. R. DEBRÉ.

Coryzas brightiques ; par P. CORNET. (*Annales des maladies de l'oreille, du pharynx, du nez et du larynx*, octobre 1909.)

En 1904, Jacquet exprimait déjà cette opinion qu'il pouvait exister des coryzas brightiques avec œdèmes de la pituitaire. L'auteur cite quatre observations qui lui semblent confirmer cette opinion. Chez ces malades on observait un coryza à balancement spasmodique. Mis au régime lacto-végétarien déchloruré, ces malades ont vu leur coryza disparaître. Ces observations paraissent assez probantes car nul traitement local ne fut tenté. En outre rien ne pouvait expliquer ces manifestations nasales si ce n'est l'insuffisance urinaire. En général, le coryza brightique revêt une forme spasmodique.

Ce coryza paraît être sous la dépendance d'un œdème de la pituitaire, c'est du moins ce que révèle l'examen au moment de l'obstruction

Il est aussi intéressant de remarquer que ce coryza apparaît quand les malades n'ont pas encore les grands symptômes du brightisme et en particulier les œdèmes.

La sensibilité de la muqueuse pituitaire explique pourquoi le moindre œdème de la région ne saurait passer inaperçu. Quoi qu'il en soit, le coryza brightique est un des premiers symptômes apparents de la néphrite chronique.

Dr R. SALAMO (de Paris).

BIBLIOGRAPHIE

L'anesthésie locale dans la réduction des luxations récentes ; par le Dr GUYADER. Thèse de Paris, 1910.

L'intervention sous l'anesthésie locale dans les fractures et les luxations tend à se répandre tous les jours davantage.

On emploie, la plupart du temps, la solution de cocaïne à 1 p. 200, en suivant la pratique préconisée par M. le prof. Quénu. C'est d'ailleurs ce dernier qui a le premier en France vulgarisé cette méthode imaginée par Conway à New-York et par Guido Lerda à Turin. Ses essais ont été résumés dans la thèse de son élève M. Boulay.

Le prof. Quénu a employé avec le même succès dans ses interventions chirurgicales la novocaïne à la place de la cocaïne.

Les nombreuses observations, soit personnelles, soit de chirurgiens tels que Quénu, Driout, Duval, Mathieu et Frédet, sont relatées dans la thèse de M. Paul Guyader qui lui permettent de conclure ainsi :

« Dans la réduction d'une luxation, il faut reconnaître aux « muscles une importance plus grande que la théorie ligamen- « taire semble lui avoir laissée.

« La contraction musculaire est un des principaux obstacles « à la réduction d'une luxation. Cette contraction est un phé- « nomène réflexe de défense, elle immobilise la jointure pour « prévenir la douleur. Celle-ci résulte de l'irritation des riches « terminaisons nerveuses de l'appareil ostéoligamentaire. En « calmant la douleur, on abolira la contracture ; ce n'est donc « pas tant les muscles et les tissus périarticulaires qu'il faut anal- « gésier que la synoviale, si riche en filets sensitifs.

« La douleur est d'ailleurs à l'origine aussi de graves com- « plications ; là encore, l'anesthésie sera un adjuvant précieux, « en les prévenant.

« Peut-être est-il inutile de pratiquer systématiquement l'a- « nesthésie locale pour toutes les luxations ; nombre d'entre « elles se réduisent, pour ainsi dire, spontanément. Tout au « moins, devra-t-on la pratiquer dès que l'opérateur sentira une « résistance sérieuse ; il faut éviter au blessé une souffrance « inutile ; c'est assez dire que les indications de l'anesthésie « locale sont nombreuses.

« L'emploi des anesthésiques locaux ne supprimera peut- « être pas d'une façon définitive l'éther ou le chloroforme, il « n'en réduira pas moins de beaucoup leurs indications, ce qui « est déjà un gros avantage.

» Quant aux objections que l'on a pu faire à cette pratique « nouvelle de l'anesthésie en injections perdues, elles sont plus « théoriques que réelles ; une injection faite au lieu d'é- « lection, là où je l'ai indiquée, évite de multiplier les doses d'a- « nesthésique, et rend par suite à peu près négligeable tout « danger d'intoxication ».

Le diabète. Le goitre exophtalmique ; par le Dr Arthur LECLERCQ. (Octave Doin et fils, éditeurs. 1 volume in-8 écu de 450 pages : 6 fr.)

Si, d'après l'auteur on cherche à pénétrer dans le maquis du diabète et à faire la part des théories nombreuses qui ont été proposées, il semble que l'on puisse ramener à trois facteurs principaux l'évolution de la maladie. Il existe :

I. *Un point de départ*, qui est ou une perturbation nerveuse initiale : centrale, médullaire ou périphérique, pouvant amener une perturbation directe de la cellule glycogénique (glycosurie transitoire), ou une perturbation névro-glandulaire secondaire, un trouble glyco-régulateur plus profond dont l'origine peut être primitivement nerveuse, mais est le plus souvent d'ordre multiglandulaire et digestive (diabète permanent).

II. *Un intermédiaire* entre ce point de départ et la cellule glycogénique représenté par la canalisation multiglandulaire (syndrome polyglandulaire) en vertu duquel toute perturbation survenue dans un viscère a sa répercussion sur un viscère voisin : tout vice de sécrétion externe de l'un retentit sur la sécrétion externe de l'autre ; toute sécrétion externe anormale peut perturber la sécrétion interne du même organe, cette dernière n'étant souvent que le produit de défalcation de la première ; tout trouble de sécrétion interne d'un organe réagit sur la même sécrétion d'un organe similaire, enfin tout trouble survenu dans une des sécrétions internes d'un même viscère peut être cause de troubles équivalents survenus dans les fonctions multiples de cet organe. Tel est le cas particulier du foie qui est une glande polyglandulaire et dont la fonction glycogénique est sans cesse influencée par des modifications parallèles survenues dans la fonction uropoiétique, uripoiétique, lipolitique, toxilitique et biliaire du même organe.

III. *Un point d'aboutissement* : la cellule glycogénique, laquelle suit la loi d'évolution fonctionnelle de tous les organes et, qui, après une période *d'hyperhépathie glycogénique* (rôle des nerfs vaso-moteurs et secrétoires) arrive à une période *d'hypohépathie glycogénique* (rôle des nerfs trophiques).

De ces considérations générales, M. Leclercq tire la déduction clinique ci-après :

I. *Au point de vue pathogénique*, le diabète évolue en deux périodes bien distinctes : l'une, la période *dysfonctionnelle* (hyperhépatie glycogénique) ; l'autre, la période *dystrophique* (hypohépatie) qui est la période terminale.

II. *Au point de vue symptomatique*, le sucre n'est qu'un élément secondaire, résultat de troubles complexes émanant eux-mêmes des troubles correspondants dans le métabolisme des aliments sucrés, azotés et gras. Le *trouble essentiel* est représenté par un désordre passager ou durable survenu primitivement ou secondairement dans l'appareil nerveux préposé à l'appareil glandulaire. Le facteur « sucre » est conditionné par le syndrome diabétique, mais ne conditionne pas celui-ci. La polyurie, pour ne citer que le symptôme principal capital du diabète, n'a rien de

commun avec la glycosurie, qui est un phénomène hépatique: tandis que la glycosurie emprunte pour se produire une canalisation différente (voie rénale).

III. *Au point de vue pronostique*, il est logique de se baser moins sur l'importance numérique du sucre que sur le degré du trouble fonctionnel ou trophique ainsi que sur l'irréductibilité thérapeutique du sucre urinaire. Dans la période dystrophique de la maladie, il y a inversion fréquente entre la gravité des symptômes et le taux de la glycosurie. A ce sujet l'auteur nous donne un schéma graphique de l'incursion du sucre suivant les diverses périodes et les diverses formes de la maladie.

IV. *Au point de vue thérapeutique*, M. Leclercq fait résider la médication en trois points :

a) Obtenir par l'hygiène et la restriction alimentaire la reéquilibration nerveuse et la réduction des troubles prépondérants;

b) Diminuer dans la première période l'hyperfonction glycogénique par la diète lactée initiale, la restriction sucrée, azotée, le choix d'une phagotechnie appropriée, l'administration de quelques médicaments modérateurs de la fonction exagérée. Dans la deuxième période, au contraire, exciter fonctionnellement la cellule glycogénique par l'autorisation d'une alimentation hydrocarbonée plus large, par l'usage de préparations opothérapiques et de stimulants de la nutrition générale;

Culture in vitro des cellules cancéreuses, par le Dr Marie Bra. Un volume grand in-8° jésus, de 64 pages, avec 79 figures intercalées dans le texte. (A. Poinat, éditeur, 11, rue Dupuytren, à Paris). Prix : 5 francs.

D'après l'auteur, il ne s'agit dans le cancer, ni d'une auto-infection par des cellules tissulaires déviées de leurs fonctions et devenues pathogènes, ni d'un processus inflammatoire, d'une multiplication indéfinie des éléments cellulaires normaux sous l'influence d'un agent virulent ou toxique, il s'agit d'une infection déterminée par un microorganisme qui, par une sorte de mimétisme, revêt les différents aspects des éléments cellulaires aux dépens desquels il vit et auxquels il se substitue.

En culture, ce micro-organisme, isolé des tumeurs épithéliales, n'arrive à son entier développement que dans un milieu très spécial dont Bra donne de façon très complète la formule et la préparation. Il présente deux périodes dans son évolution.

A. — Une période de croissance végétative et de germination pendant laquelle les corpuscules bactériens qui la représentent ne se distinguent en rien des granulations de forme microbienne dispersées dans les espaces intercellulaires, vasculaires des tumeurs cancéreuses et considérées jusqu'ici comme des détritus cellulaires.

B. — Une phase de pseudo-fructification caractérisée par la formation de zooglées qui s'entourent d'une membrane et la constitution de kystes que l'auteur croit pouvoir rapprocher des kystes bactériens décrits chez les myxobactéries par Roland Thaxter, E. Baur, L. Schmith, Zukal, A. Quehl, et plus particulièrement par Hermann, Müller-Thurgau. Après le bacille de Scheurlen, après les protozoaires, après les blastomycètes, les ascomycètes, les myxomycètes voici l'entrée en scène, dans la pathogénie du cancer, d'une famille bactérienne encore assez peu connue, mais qui, dans les diverses régions du globe, compte de nombreux représentants vivant en saprophytes sur le fumier, le bois pourri, les feuilles mortes, etc.

Suivant leurs dimensions, leur situation, leur configuration, les kystes formés par ces bactéries donneraient, suivant l'auteur, non seulement l'explication des inclusions énigmatiques si souvent signalées dans la cellule cancéreuse, mais simuleraient tantôt les noyaux, tantôt cette cellule tout entière et leur évolution dans les tumeurs, calquée sur leur évolution dans les cultures, rendrait compte de la transformation expérimentale de l'épithéliome en sarcome, de la gradation depuis longtemps constatée entre l'adénome et les épithéliomes.

Toutes paradoxales et révolutionnaires qu'elles paraissent, ces déductions qui se prêtent mal à une courte analyse, ne seraient, à bien prendre, si elles se vérifient, que le développement, et la confirmation des idées émises depuis longtemps déjà par Adamkiewicz, Pfeiffer, Brathwait.

En considération du document inattendu qu'elle apporte à l'appui de cette thèse, cette brochure, remarquable d'ailleurs, par la forme, la perfection du texte et des figures, sera ouverte avec curiosité et lue avec intérêt. Contribuera-t-elle à éclaircir l'énigme persistante du cancer ? Le soin apporté par Bra à ne rien laisser dans l'ombre de ce qui concerne la composition, la préparation du milieu, la technique, la morphologie, l'évolution du micro-organisme dans les cultures et dans les tumeurs, la conscience qu'il met à souligner les points faibles de ses laborieuses recherches, rendent les faits qu'il énonce facilement contrôlables et permettent de penser que, dans un délai plus ou moins rapproché, il sera possible de répondre à cette question.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles; par le C. Crinon. 17e édition, 1910. (Chez MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Prix : 4 francs.)

Dans la dix-septième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler ; parmi ces médicaments, les plus importants sont : l'*Abanone*, l'*Apéritol*, l'*Astroline*, la *Désalgine*, l'*Extrait de sérum de cheval*, l'*Hectine* et l'*Hectargyre*, l'*Iodival*, le *Nucléinate de bismuth*, l'*Oléo-brassidale de mercure*, la *Propésine* et le *Résorcinoforme*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succes pour celle qui vient de paraître.

L'ancienne et la nouvelle foi; par David-Frédéric Strauss. — Traduit de l'allemand sur la huitième édition, par Ernest Lesigne. Un volume in-8° de 335 pages. (Librairie Schleicher frères, 8, rue Monsieur-le-Prince, Paris.) Prix : 2 fr.

Voici un beau livre sur lequel nous devons attirer spécialement l'attention de nos lecteurs. L'auteur, David-Frédéric Strauss, publia autrefois une *Vie de Jésus* qui fit un bruit énorme. Si sa dernière œuvre, l'*Ancienne et la Nouvelle Foi*, ne provoque pas de polémiques aussi violentes, du moins demeurera-t-elle comme un des plus magnifiques monuments littéraires de la libre-pensée moderne.

Depuis un demi-siècle, dans tous les pays civilisés, la lutte entre la raison et la foi s'est faite plus âpre. L'évolution générale des sociétés a sapé la base religieuse de la morale pour lui substituer une morale sociale et utilitaire.

De temps à autre, pourtant, les partisans des divinités déchues se regimbent et prétendent restaurer les antiques croyances. Mais c'est en vain, car nous ne sommes plus chrétiens, dit Strauss. Nous avons analysé vos mystères : ils sont ruinés par notre science. Nous avons étudié vos Évangiles : ils se contredisent entre eux. Nous avons pressé votre morale : elle est destructive de toute société.

Mais avons-nous encore une religion ? Non, car nous avons répudié la conception du monde de la vieille religion chrétienne. Notre conception est toute différente, puiqu'elle remplace la croyance par la science, et donne satisfaction au sentiment par l'art. Quant à la morale elle repose tout entière, dit Strauss, sur la dignité humaine.

Traité des maladies épidémiques; par A. Kelsch, médecin inspecteur de l'armée. Tome III, 1er fascicule. (O, Doin, éditeur.)

Le nouveau volume de M. Kelsch traite, au point de vue épidémiologique, des oreillons, de la coqueluche, de la suette, du choléra et de la grippe. Ce qui frappe à la lecture de ce volume, c'est l'abondance des documents et l'originalité d'esprit de l'auteur. Les relations d'épidémies, les discussions sur la date

la modalité de la contagion, l'influence des saisons et des climats, sont surtout empruntés aux travaux des médecins militaires. L'auteur envisage les questions d'un point de vue très large et relate avec intérêt les observations anciennes, évoquant les terribles épidémies de suette et de choléra dont il marque soigneusement les particularités. Parfois on constate avec regret l'oubli de certaines recherches modernes dont l'intérêt épidémiologique n'est pas douteux (sur les porteurs de germes cholériques par exemple). Au reste l'auteur se soucie peu des « idées officielles », des théories régnantes et reste fidèle à ses idées personnelles sur le spontanéité morbide, qu'il défend avec passion. R. D.

Consultations médicales; par Grasset et Vedel. Sixième édition, revue et considérablement augmentée, conforme au Codex de 1908. (Un volume in-18, relié en veau souple, tête dorée. Coulet et fils, Montpellier; Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1910. Prix : 6 fr. 50.)

M. le professeur Grasset a confié cette sixième édition de ses consultations médicales à M. Vedel.

L'idée et le plan du livre sont naturellement restés les mêmes — devant l'approbation du public médical.

Cette édition a été revue de près, adaptée aux modifications du *Nouveau Codex*, et considérablement étendue du fait de la mise au point des *Eléments étiologiques* et *Signes cliniques*, de l'addition des *Médications* et *Médicaments nouveaux* suffisamment éprouvés, et de l'augmentation du nombre des *Consultations*.

Nous avons notamment ajouté les mots : *Anémie pernicieuse, Anurie rénale, Convulsions de l'enfance, Hémophilie, Hémorroïdes, Ictère grave, Insuffisance ovarienne, Lymphadénie. Myxœdème, Œdème aigu du poumon, Oreillons, Palpitations, Rhumatisme chronique noueux, Syncope, Tétanos, Vulvovaginite infantile, Zona*....

Parmi les médications ou médicaments nouveaux dont nous avons dû parler, nous citerons, en particulier, les métaux colloïdaux, les sérums contre le tétanos, la dysenterie, la méningite cérébrospinale épidémique, les injections de sérum marin, de sérum sanguin, de sucres, de nouveaux sels mercuriels..... les préparations opothérapiques (thyroïde, ovaire, rein, foie, moelle osseuse, adrénaline, suc gastrique....), la radiothérapie, le régime déchloruré.... et la plupart des médicaments de date récente qui ont fait leur preuve : cryogénine, bleu de méthylène, helmitol, véronal, protargol et argyrol, citrate et nitrite de soude, phénolphtaléine, acide phosphorique, nucléinate de soude...

M. le professeur Hédon a revu ses articles et ajouté : *Amygdalite aiguë ulcéreuse* et *Otite moyenne aiguë (catarrhale, exsudative, purulente)*.

M. le professeur Estor a revu aussi et mis à jour le côté médico-chirurgical. G. M.

Maladies des Muscles; par Marinesco, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest. 1 vol. gr. in-8 de 172 pages avec 76 figures, Broché : 5 fr. Cartonné : 6 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

C'est moins une nouvelle édition de son ancien article sur les maladies des muscles que M. Marinesco nous donne aujourd'hui, qu'un article nouveau, où s'affirme une compétence que des années de travail et d'observation sur cette branche de la pathologie qui lui est familière ont rendue encore plus grande et plus sûre.

Il traite tout d'abord des myopathies primitives progressives (paralysie pseudohypertrophique, type Leyden-Mœbius, forme juvénile, type Zimmerlin, type Landouzy-Déjerine) ; il montre les rapports réciproques et l'identité des différentes formes de myopathies et expose leur traitement.

Il passe ensuite aux maladies inflammatoires des muscles : dermato-myosite, neuro-myosite, polymyosite hémorragique, myosites rhumatismale, gonococcique, tuberculeuse, syphilitique, ossifiante, suppurée et infectieuse.

Le mode de publication adopté pour le *Nouveau Traité de Médecine* dirigé par les professeurs Gilbert et Thoinot présente le grand avantage que le lecteur peut n'acquérir que les parties qui l'intéressent, car l'ouvrage entier se composera de 40 fascicules tout à fait indépendants, dont 22 sont en vente. Chaque fascicule forme un traité complet où sont exposées les plus récentes acquisitions de la science médicale.

Conférences de pathologie infantile; par le Dr Sisto, traduction française par le Dr Francoz. (Un volume in-8° de 231 pages chez Doin, Paris 1910, 34 figures dans le texte et 2 planches en couleur hors texte.)

Dans ce volume l'auteur nous apparaît comme un excellent clinicien, doublé d'un érudit et d'un chercheur. Les idées qu'il expose en s'appuyant sur des faits cliniques témoignent une indépendance et une sûreté de vues incontestables. Les cinq premières leçons sont consacrées à l'étude de l'atrophie infantile et à ce propos il envisage tour à tour les problèmes si complexes de la nutrition infantile. La leçon qui traite de l'épilepsie et de son traitement donne un exposé parfait de la question. Sans parler de la leçon sur le cri syphilitique qui fera l'objet d'une analyse spéciale, deux leçons excellentes terminent le volume : sur l'enurésis nocturne et sur le syndrome de Litlle.

On voit que le professeur de Buenos-Ayres aborde avec succès les sujets les plus divers. P.-B.

Annuaire des eaux minérales. Stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'Etranger pour 1910, par le Dr Victor Gardette (de Châtel-Guyon), directeur de la *Gazette des Eaux*. (Maloine, éditeur, à Paris. Prix : 1 fr. 50.)

Nous ne reviendrons pas sur les détails et l'énumération des chapitres contenus dans cet annuaire, nos lecteurs les connaissent ; en disant qu'il en est à sa 52e année, c'est un éloge que beaucoup d'autres lui envient.

Petit, léger, très bien documenté, facile à mettre dans la poche, c'est le guide indispensable du médecin et du touriste qui parcourt les stations hydrominérales, climatiques, ainsi que les sanatoriums les plus connus en France et à l'étranger.

Une table des matières complète cet annuaire de 330 pages, absolument parfait. A. R.

Syphilis de l'estomac et de l'intestin; par A. Kohn. (*American journal of. med. Soc.*, mai 1909).

Outre les antécédents et l'efficacité d'un traitement d'épreuve, il est très important pour le diagnostic de la syphilis de l'estomac de tenir compte de la tendance de la muqueuse aux hémorragies. On distingue 3 formes de syphilis stomacale : l'ulcère syphilitique, la tumeur syphilitique et la sténose syphilitique du pylore. Cette dernière forme est la plus rare. Kohn rapporte deux observations de tumeurs perceptibles dans la région épigastrique, diagnostiquées d'abord comme carcinomes ; un traitement spécifique provoqua une amélioration notable, sans toutefois amener une régression sensible de la tumeur.

Traitement médical de maladies des femmes; par MM. Albert Robin et Paul Dalché. (3e édition, chez Vigot frères, éditeurs, Paris, 1909.)

Dans cette 3e édition, entièrement remaniée, les auteurs se sont efforcés de donner à leur livre, destiné aux étudiants et aux praticiens, un caractère encore plus pratique. Depuis la dernière édition, la gynécologie médicale a fait de grands progrès, aussi cette nouvelle édition bénéficie-t-elle d'une instruction plus avancée. Nombre de chapitres ont été refaits en entier ; tout ce qui concerne l'opothérapie ovarienne et le traitement hydrothérapique a été mis au courant des acquis les plus récents. La thérapeutique de la sclérose utérine et de la syphilis utéro-annexielle constitue un travail nouveau. C. J.

Eléments d'obstétrique; par le Dr Wallich. (2e édition de 718 pages, avec 135 figures dans le texte. Steinheil, édit. 1910.)

L'auteur apporte à cette seconde édition de son petit manuel quelques modifications destinées à le rendre encore plus pratique. C'est ainsi, entre autres, que les figures qui l'illustrent, au lieu de rester groupées à la fin du livre, comme dans la première édition, sont ici intercalées dans le texte. Cette modification heureuse facilite la lecture du livre et sera vivement appréciée des étudiants. C. J.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathogénie

Abcès blanc dû à la sporotrichose ;

Par M. MILIAN

Le nommé B... Jean, âgé de 26 ans, messager, dont l'occupation consiste surtout à charger des colis de tous genres sur les voitures qui les transportent aux gares, se présente le 25 mars 1910 à la consultation de médecine de la Charité avec une enflure très marquée de la joue droite.

L'infirmier chargé de la consultation, craignant quelque infection contagieuse, érysipèle ou oreillons, l'isole dans un box. Le malade lui-même se croyait atteint d'une fluxion.



Il existe au niveau de l'os malaire droit, une *enflure* marquée, déformant le visage devenu asymétrique. Les paupières ne sont pas prises, sinon, légèrement l'inférieure et, en tout cas, ne présentent pas cet œdème considérable que la moindre inflammation banale de voisinage y développe habituellement. La partie externe seule de la paupière inférieure est un peu gonflée. La pression ne détermine *pas le godet* caractéristique. Cet œdème, bien qu'assez mou, ne donne donc pas son signe caractéristique, de la même manière que l'œdème de la phlegmatia alba dolens, ce qui me paraît dû à son élasticité. Il n'y a non plus *ni rougeur*, *ni douleur*, spontanée ou à la pression.

C'est là réellement un œdème bien spécial.

En palpant avec soin, on découvre une *fluctuation* localisée très nette, sur une étendue de la largeur d'une pièce de 1 à 2 fr.

Au centre du placard, existe une petite *papule hémorragique*, de la dimension d'une tête d'épingle.

Il n'y a *aucun engagement ganglionnaire* préauriculaire du sous-maxillaire.

D... nous raconte que cette affection a commencé le 10 mars « par un petit bouton rouge avec une petite croûte jaunâtre », sans douleur, sans même de démangeaison et que, peu à peu, le tout s'est progressivement développé.

La *ponction* avec une seringue de Pravaz au point fluctuant me donne facilement un pus très fluide non fibrineux, jaune verdâtre, non grumeleux.

La *température* du malade prise dans le rectum marque 37°4.

En présence de cette collection d'allure si particulière, je pense à la possibilité d'une mycose car j'ai déjà observé un cas d'œdème infectieux mycosique.

Le pus est ensemencé sur bouillon et gélose sucrée.

J'ai obtenu sur les deux milieux et sur les six tubes ensemencés des cultures pures et très abondantes de sporotrichum.

L'*examen direct de trois frottis* colorés au bleu de méthylène ne m'a montré aucun microorganisme.

L'évolution de cette lésion a été la suivante :

Le 28 mars l'abcès a encore augmenté de volume, mais toujours sans douleur, ni rougeur, ni godet, ni ganglion. La fluctuation est des plus nettes. La température est de 37°4 rectale. Il a été pourtant fait le 26 mars une 2e ponction qui a extrait 1 cmc. d'un pus un peu chocolat qui a été inoculé à un cobaye. Le diagnostic de sporotrichose étant posé, le malade est mis à l'iodure de potassium à la la dose de 3 gr. par jour, traitement qui est commencé seulement le 30 mars.

Le 4 *avril*, jour où le malade est présenté à la Société de dermatologie, l'abcès est en légère diminution.

Le 13 *avril*, l'abcès n'était pas encore guéri, mais diminué des 2/3.

Voici donc un abcès de la joue, par inoculation externe, qui ne présentait aucun des caractères de l'inflammation habituelle, car on n'y trouvait ni rougeur, ni chaleur, ni douleur.

Il était caractérisé surtout par un œdème élastique, ne donnant pas de godet à la pression et par un pus très fluide jaune verdâtre, non grumeleux.

Cette variété d'abcès mérite bien le nom d'*abcès blanc* par opposition aux abcès chauds rouges, et pour les distinguer des abcès froids dus à la tuberculose.

Elle relève, comme nous l'avons dit de la sporotrichose, puisque nous y avons trouvé en abondance ce champignon à l'état de pureté. C'est là une détermination non encore décrite de ce champignon, *l'abcès d'emblée par inoculation externe*, bien différent comme aspect et évolution de la collection purulente consécutive au ramollissement d'une gomme.

Ces abcès blancs ne sont d'ailleurs qu'un stade plus élevé des œdèmes infectieux mycosiques par inoculation externe dont j'ai pu également observer un exemple.

Anatomie

Quelques points de l'anatomie de la cavité des épiploons chez l'adulte ;

ar G. PIQUAND,
Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Lorsqu'on examine sur un certain nombre de sujets l'état des viscères abdominaux et de leur enveloppe péritonéale, on arrive bientôt à se convaincre que, tout au moins chez l'adulte, les descriptions de la cavité des épiploons sont loin

de concorder avec les faits: les auteurs classiques donnent de cette cavité une description extrêmement simple, mais très courte, très schématique et ne correspondant que de très loin à la réalité ; les auteurs récents Rogie, Viart, Charpy Fredt, Ivar Broman, von Bardeleben, Merkel, donnent une description beaucoup plus minutieuse et plus exacte dans son ensemble, mais cette description s'applique à peu près exclusivement à l'arrière-cavité du nouveau-né, et devient assez inexacte chez l'adulte, dont le péritoine se trouve constamment modifié et compliqué par des processus d'accolement secondaire. Ces processus, bien que très variables dans leur étendue, se font toujours suivant un même type, aboutissant à une disposition à peu près constante ; malheureusement, à ces processus d'accolement normaux, viennent très fréquemment s'ajouter des processus pathologiques qui aboutissent à la production d'adhérences extrêmement irrégulières et inconstantes.

La fréquence de ces adhérences pathologiques rend assez difficile la description de la cavité des épiploons de l'adulte, et la plupart des auteurs leur attribuent toutes les modifications que présente le péritoine au cours de son évolution définitive : toutefois, si on a soin d'examiner seulement des sujets ne présentant aucune trace d'inflammation des viscères de l'étage supérieur de l'abdomen, on arrive assez vite à constater la disposition des accolements normaux, disposition que l'on pourra ensuite retrouver chez les autres sujets au milieu des adhérences pathologiques qui ont modifié son aspect ; on pourra ainsi décrire la cavité des épiploons chez l'adulte indépendamment de toute modification pathologique, et constater que cette cavité, beaucoup plus irrégulière et plus accidentée que ne l'admettent habituellement les anatomistes, doit être décrite plus complètement et plus minutieusement en étudiant successivement l'hiatus de Winslow, la partie centrale de la cavité et les diverticules qui y aboutissent.

1° Hiatus de Winslow. — L'étude de l'orifice d'entrée de l'arrière-cavité n'a guère été modifiée depuis la description qu'en a donnée Winslow (Disposition anatomique et structure du corps humain, Paris, 1776, 359 et 360, p. 450 et 451): « Cet orifice, dit-il, est semi-lunaire ou demi-circulaire, et formé par l'union de deux ligaments membraneux dont l'un attache au foie le commencement du duodénum et le col de la vésicule biliaire, l'autre y attache la partie voisine du côlon et s'étend jusqu'au pancréas. Il en résulte un bord en manière d'anse qui embrasse la racine du lobule de Spiegel, en laissant autour de cette racine une ouverture assez large pour y passer le bout d'un doigt. »

Pour découvrir l'hiatus de Winslow, il suffit, après large ouverture du ventre, de relever le foie et d'attirer en avant le bord libre de l'épiploon gastro-hépatique: on aperçoit alors au-dessous du foie une sorte de cavité séreuse dont le fond est occupé par l'hiatus de Winslow. Vu dans ces conditions, l'hiatus se présente sous forme d'un orifice ovale ou semi-lunaire regardant à droite et en avant et présentant à peu près les mêmes dimensions dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur, mais si on laisse l'épiploon gastro-hépatique revenir en arrière, on voit que l'hiatus prend la forme d'une fente étroite regardant directement vers la droite et situé à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane.

En arrière, l'hiatus est limité par la veine cave formant un volumineux relief vertical qui soulève le péritoine en un repli qui continue en bas le meso-hépato-cave.

En haut la voûte de l'hiatus serait formée, d'après quelques auteurs, par un repli péritonéal répondant au col de la vésicule biliaire et à l'origine du canal cystique ; en réalité, le col de la vésicule est situé plus en avant dans l'épaisseur du ligament hépato-duodénal et la voûte de l'hiatus répond au péritoine soulevé par le prolongement antérieur du lobe de Spiegel, qui s'étend entre la gouttière de la veine-cave et le sillon du lobe transverse du foie, du tubercule coudé du foie de Spiegel à la crête qui sépare l'empreinte rénale de l'empreinte colique du foie.

En avant, l'hiatus de Winslow est limité par le feuillet postérieur du ligament hépato-duodénal qui le sépare du pédicule hépatique et des divers organes de ce pédicule : en haut, la veine porte seule entre en rapport avec l'hiatus, l'artère et le canal hépatique étant situés au devant de la veine ; en bas le canal cholédoque, se plaçant à droite de la veine porte, entre en rapport immédiat avec l'hiatus de Winslow, en sorte qu'à ce niveau nous trouvons sur un même plan : à droite le cholédoque, à gauche la veine-porte, et entre les deux, un espace triangulaire à base inférieure (espace interporto-cholédocien), au niveau duquel la paroi antérieure de l'hiatus est formée exclusivement par les deux feuillets du ligament hépato-duodénal.

La limite inférieure de l'hiatus est assez mal indiquée par les auteurs: la plupart admettent avec Rogie que le bord in-

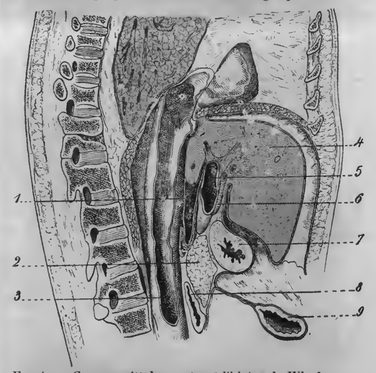


Fig. 1. — Coupe sagittale montrant l'hiatus de Winslow.
1, Hiatus de Winslow ; 2, pancréas ; 3, veine cave inférieure ; 4, foie ; 5, veine porte coupée très obliquement ; 6, artère hépatique ; 7, première portion du duodénum ; 8, troisième portion du duodénum ; 9, côlon transverse.

férieur de l'hiatus est formé par la faux de l'hépatique étendue du péritoine pariétal postérieur à l'épiploon gastro-hépatique. Cette description est complètement inexacte, en réalité la faux de l'hépatique est toujours située en pleine cavité des épiploons, à au moins 2 ou 3 centimètres en dedans du bord inférieur de l'hiatus ; celui-ci est constitué par un ligament étendu du méso-hépato-cave à la face postérieure de l'angle duodénal, au niveau duquel il se continue avec le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-hépatique ; en raison de sa disposition, ce repli mérite le nom de ligament duodéno-hépato-cave, il affecte la forme d'un croissant avec une corne postérieure insérée sur le méso-hépato-cave et remontant parfois jusqu'au foie, une corne antérieure insérée sur la face postérieure de l'épiploon gastro-hépatique au niveau de l'angle duodénal, un bord supérieur concave qui flotte librement entre le méso-hépato-cave et l'épiploon gastro-hépatique et qui limite inférieurement l'hiatus de Winslow.

La hauteur de ce ligament duodéno-hépato cave est très variable. D'après les constatations anatomiques que nous avons pu faire, il nous semble que d'ordinaire, chez le nouveau-né, le ligament est peu élevé, ne remontant guère au-dessus du bord inférieur de l'angle duodénal, en sorte que l'hiatus de Winslow s'étend en bas derrière la face postérieure du premier duodénum et derrière le prolongement rétro-duodénal du pancréas.

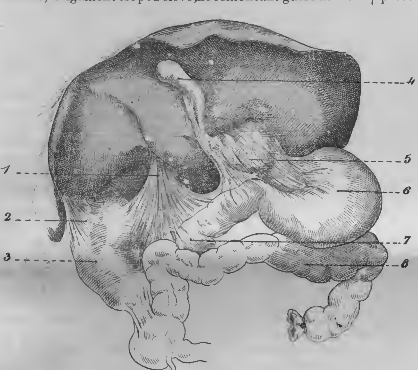


Fig. 2. — Montrant les ligaments qui limitent l'hiatus de Winslow. La première portion du duodénum a été attirée en avant de façon à tendre et à bien montrer le ligament duodéno-hépato-cave, de ce fait, la largeur de l'hiatus est augmentée et sa hauteur diminuée.

1, veine cave recouverte par la partie inférieure du méso-hépato-cave d'où se détache en bas le ligament duodéno-hépato-cave ; 5, épiploon gastro-hépatique ; 6, estomac ; 7, duodénum ; 8, côlon transverse ; 3. rein avec 2, ligament, hépato rénal postérieur ; 4 vésicule biliaire.



Fig. 3. — Vestibule de la cavité des épiploons ; V, vésicule biliaire ; R, rein droit ; L, ligament cystico duodéno-épiploïque ; H, ligament hépato-rénal antérieur limitant avec le précédent une loge qui constitue le véritable vestibule de l'arrière-cavité.

Chez l'adulte, dans environ un tiers des cas la disposition précédente se conserve ; dans deux cas sur cinq, le ligament duodéno-hépato-cave remonte plus haut, en sorte que son bord libre affleure le bord supérieur de l'angle duodénal et que l'hiatus descend seulement jusqu'au niveau de cet angle ; enfin dans environ un quart des cas le ligament duodéno-hépato-cave remonte plus ou moins au-dessus du duodénum, diminuant ainsi la hauteur de l'hiatus, qui peut être extrêmement réduit, parfois même complètement supprimé, ainsi que l'ont souvent constaté tous les anatomistes et surtout tous les chirurgiens opérant sur les voies biliaires ; mais cette grande réduction ou cette occlusion complète de l'hiatus de Winslow nous paraît résulter dans la grande majorité des cas, non d'une exagération de la disposition normale, mais d'adhérences inflammatoires unissant le méso-hépato-cave à l'épiploon gastro-hépatique au-dessus du ligament duodéno-hépato-cave vrai. Cependant Broesikes dit avoir rencontré cette occlusion de l'hiatus de Winslow en dehors de tout état inflammatoire et pense qu'elle peut résulter d'une coalescence normale de ses lèvres antérieure et postérieure (1).

Tantôt l'hiatus de Winslow s'ouvre directement dans la grande cavité péritonéale, tantôt il est précédé par une sorte de loge péritonéale qu'Ancel et Sencert ont décrite sous le nom d'entonnoir prévestibulaire de l'arrière-cavité des épiploons. Cette loge a la forme d'une pyramide quadrangulaire : sa face supérieure est constituée par la face inférieure du foie entre la vésicule biliaire en avant et l'insertion du ligament hépato-rénal en arrière ; sa face antérieure, par le ligament cystico-duodéno-épiploïque prolongeant le bord droit du petit épiploon ; sa face postérieure par le ligament hépatorénal antérieur ; sa face inférieure répond à l'extrémité inférieure du rein et à un repli péritonéal plus ou moins net suivant les sujets, qui s'étend du ligament hépato-rénal au feuillet postérieur du ligament cystico-duodéno-épiploïque ; la base de la pyramide s'ouvre largement à droite et en avant, son sommet, situé à gauche, est formé par l'hiatus de Winslow.

Cette loge constitue le véritable vestibule de l'arrière cavité des épiploons ; son existence n'est pas constante et dépend essentiellement de celle de l'épiploon cystico-duodéno-épiploïque. Ancel et Sencert ne l'ont rencontrée que dans 29 p. 100 des cas, mais sa présence nous paraît beaucoup plus fréquente, car sur 20 sujets nous l'avons trouvée 14 fois, soit dans 70 p. 100 des cas.

2° Cavité des épiploons. — Pour bien se rendre compte de la disposition de la cavité des épiploons, deux préparations sont nécessaires ;

1° Le ventre du sujet étant largement ouvert, on incise l'épiploon gastro-colique presqu'au ras du bord inférieur gauche de l'estomac et on relève celui-ci en le fixant au rebord costal, tandis qu'on attire vers le bas le côlon transverse (fig. 5), on a alors sous les yeux la presque totalité de la cavité des épiploons, et on voit que celle-ci se compose de plusieurs loges séparées par des cloisons péritonéales incomplètes ; la plus importante de ces loges (partie principale de l'arrière-

(1) Broesikes. — Ueber intraabdominale (retro-peritoneale) Hernien und Bauchfelltaschen, etc. Berlin, 1891.

cavité, bursa omentalis major) est située au-dessous des autres, entre l'estomac en avant, le pancréas en arrière, la rate à gauche, le côlon transverse et son méso-côlon en bas. En raison de sa situation et de ses rapports, cette partie principale de l'arrière-cavité des épiploons peut être désignée sous le nom de loge gastro-spléno-pancréatique ; à sa partie supérieure, elle communique avec deux autres loges plus petites, situées, l'une à droite, et l'autre à gauche de la colonne vertébrale et que l'on peut, en raison de leurs rapports, désigner sous les noms de loge sous-hépatique et de loges gastrophrénique. A sa partie inférieure, la partie principale de l'arrière-cavité des épiploons communique chez le nouveau-né avec la cavité du grand épiploon, cavité qui disparaît chez l'adulte ; à droite et à gauche elle envoie deux diverticules également très réduits chez l'adulte.

2° Après s'être rendu compte par l'examen précédent de la disposition et des limites de ces loges, il faut sectionner l'estomac près du cardia et près du pylore, puis enlever l'estomac et le foie en sectionnant les ligaments qui unissent ces organes à la paroi abdominale postérieure, le plus loin possible de leur insertion pariétale (figure 8); tendant ensuite la partie de ces ligaments qui reste adhérente au diaphragme on peut se rendre un compte plus exact de la disposition et des rapports des diverses loges de la cavité épiploïque.

3° Pour apprécier les dimensions relatives et la forme de ces diverticules, il est nécessaire, sur un sujet entier, de remplir l'arrière-cavité avec du plâtre liquide qui en se solidifiant donne la forme exacte des loges de l'arrière-cavité.

1° Portion principale de l'arrière-cavité (loge gastro-spléno-pancréatique).— La partie principale de l'arrière-cavité (bursa omentalis major) est bien visible dans toute son étendue après que le méso-gastro-colique a été sectionné et l'estomac attiré en haut; elle affecte la forme d'une loge irrégulièrement quadrilatère, plus large que haute, et dont l'épaisseur est à peu près nulle.

En arrière, cette loge répond à la paroi abdominale postérieure contre laquelle est apliqué le pancréas tapissé par le péritoine pariétal. La portion de la paroi abdominale postérieure, qui répond ainsi à la loge gastro-spléno-diaphragmatique, est fortement convexe en avant; elle est limitée par deux lignes, l'une supérieure, à peu près horizontale, répond au bord supérieur du pancréas, l'autre, inférieure, répond à l'insertion du méso-côlon transverse.

L'insertion de ce méso est décrite de façons très diverses par les auteurs : les vieux classiques (Bourgery, Cruveilhier, Sappey, admettent que le méso-côlon transverse s'insère tout le long de la face antérieure de la troisième portion du duodénum qui se trouve comprise dans l'épaisseur de cette insertion.

Pour Viart, le méso-côlon transverse s'insère beaucoup plus haut, sa ligne d'insertion suit le bord antérieur du pancréas, puis croise la deuxième portion du duodénum au niveau de son tiers moyen ; Charpy, Testut, Jonnesco, admettent la même disposition.

D'après les constatations malheureusement trop peu nombreuses que nous avons pu faire, les deux dispositions précédentes se rencontrent, mais à des âges différents : sur des sujets nouveau-nés, nous avons toujours vu la ligne d'insertion du méso-côlon presque horizontale suivre la face antérieure du pancréas et croiser très haut la deuxième portion du duodénum, réalisant ainsi la description de la plupart des auteurs actuels. Chez l'adulte, cette disposition peut persister (1 cas sur 10 environ), mais le plus souvent, par suite d'un accolement secondaire, d'ailleurs signalé par Pérignon et par Fredet, la ligne d'insertion du méso-côlon transverse s'abaisse beaucoup et devient oblique en bas et à droite, elle croise non plus la deuxième portion du duodénum, mais l'angle unissant la deuxième portion à la troisième, ou même l'extrémité droite de la troisième portion, et de là remonte obliquement en haut et à gauche jusqu'au dessus de l'angle duodéno-jéjunal ; par suite de cette disposition, qui se rapproche beaucoup de celle décrite par Cruveilhier et par Sappey, on peut dire que chez l'adulte la presque totalité du pancréas est située au-dessus de l'insertion de méso-côlon transverse et fait partie de la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons.

En avant, la loge gastro-spléno-diaphragmatique répond à la face postérieure de l'estomac et au-dessous à la lame antérieure de l'épiploon gastro-colique.

A droite, la loge est limitée par un repli péritonéal qui se porte du bord de l'estomac à la paroi abdominale postérieure; ce repli, qui mérite le nom de ligament pariéto-gastrique droit, représente la portion non accolée du diverticule droit du sac épiploïque.

La disposition de ce ligament est décrite différemment par les auteurs :

D'après Rogie et la plupart des auteurs, ce ligament s'insère sur la face antérieure du deuxième segment du duodénum qu'il divise en deux portions, l'une faisant partie de la paroi postérieure de l'arrière-cavité, l'autre située en dehors.

Viart, au contraire, admet que ce ligament s'insère sur la face antérieure du pancréas en dedans de la deuxième portion du duodénum qu'il laisse complètement en dehors de l'arrière-cavité.

La disposition nous a paru être en réalité assez variable, et il faut l'étudier successivement sur le nouveau-né et sur l'adulte, au niveau et au-dessous de la première portion du duodénum.

Chez le nouveau-né le péritoine qui tapisse la face postérieure de l'estomac, arrivé au pylore, se continue sur la face postérieure du duodénum qu'il revêt sur une étendue de 2 à 3 centimètres, puis il se réfléchit pour se continuer avec le péritoine qui tapisse la face postérieure de l'arrière-cavité, cette réflexion se faisant constamment suivant une ligne à près verticale située immédiatement à gauche du tronc de l'artère gastro-duodénale.

Au-dessous du premier duodénum, les deux feuillets séreux qui tapissent les faces antérieure et postérieure de l'estomac s'accolent pour former une sorte de méso étendu du bord de l'estomac à la paroi abdominale postérieure, l'insertion sur la paroi de ce méso se fait suivant une ligne oblique en bas et à droite qui atteint bientôt la deuxième portion du duodénum la croise et s'étend jusqu'à l'angle droit du côlon ; souvent même le ligament pariéto-gastrique se continue plus loin par une sorte de repli qui va se fixer à la paroi abdominale à droite de l'angle colique et limite ainsi un diverticule plus ou moins étendu de l'arrière-cavité.

Chez l'adulte, cette disposition se trouve presque constamment modifiée par ce fait que le diverticule droit de la bourse épiploïque est plus ou moins complètement supprimé par suite de la coalescence des feuillets péritonéaux qui le forment, en sorte que la limite droite de l'arrière-cavité se trouve notablement rapprochée de la ligne médiane : au niveau de la première portion du duodénum, la ligne de reflexion du péritoine ne se modifie ordinairement pas, et par conséquent reste en dedans du trajet de la gastroduodénale permettant ainsi à l'artère gastro-épiploïque droite de s'engager entre les deux feuillets du ligament pariéto-gastrique droit ; mais au-dessous du premier duodénum, par suite de l'accolement secondaire des deux lames du sac épiploïque, la ligne d'insertion du ligament pariéto-gastrique droit se trouve reportée fortement vers la gauche, se

faisant non plus sur la deuxième portion du duodénum,mais sur la tête du pancréas. L'étendue de cet accolement est assez variable ; le plus souvent chez les sujets un peu âgés,l'insertion du ligament pariéto-gastrique droit, et par conséquent la limite droite de l'arrière-cavité,répond à peu près à une ligne irégulièrement courbe, légèrement oblique en bas et à gauche, qui descend de la bifurcation de l'artère gastro-duodénale vers le méso-côlon transverse,avec lequel les deux feuillets du ligament pariéto-gastrique se fusionnent plus ou

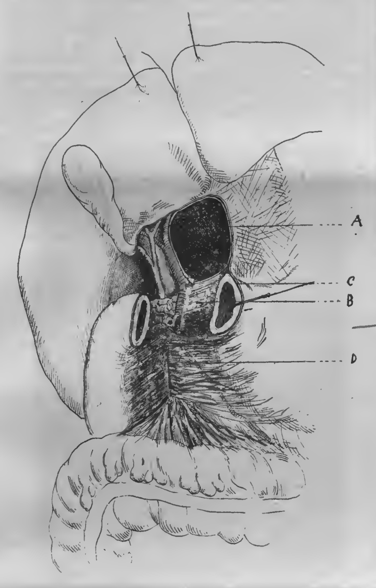


Fig. 4. — Montrant la limite habituelle de la cavité des épiploons du côté droit.

A. Fenêtre pratiquée dans le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-hépatique et montrant la bourse sous-hépatique de l'arrière cavité.

B, feuillet postérieur de l'épiploon gastro-hépatique se continuant derrière la première portion du duodénum jusqu'au niveau de l'artère gastro-duodénale en dedans de laquelle il se réfléchit pour se continuer avec le péritoine qui tapisse la paroi postérieure de l'arrière cavité.

C, feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique se continuant sur la paroi antérieure de l'estomac.

D, feuillet antérieur du ligament pariéto-gastrique droit : la partie supérieure de ce feuillet a été enlevée avec la première portion du duodénum pour montrer la division de la gastro-duodénale, et la façon dont la gastro-épiploïque droite pénètre entre les deux feuillets du ligament pariéto-gastrique. Un peu à droite, est marquée la ligne suivant laquelle ce ligament se continue avec le péritoine pariétal, on voit que par suite d'accolement secondaire (indiqué par une teinte plus foncée) toute la deuxième portion du duodénum et une grande partie de la tête du pancréas sont en dehors de la cavité des épiploons.

moins rapidement. En dehors de cette ligne,tantôt l'accolement est total,fusionnant complètement les deux lames du sac épiploïque, tantôt l'accolement est incomplet unissant par places les feuillets épiploïques, les laissant séparés en d'autres points par des intervalles non soudés : dans ce cas, à droite de la cavité des épiploons, on trouve une série de diverticules à disposition alvéolaire rappelant absolument l'aspect que présente le grand épiploon au point où ses deux feuillets commencent à s'accoler.

Parfois, l'accolement de la partie droite du sac épiploïque est encore plus considérable,s'étendant surtout vers le haut, à gauche de l'artère gastro-duodénale ; il en résulte que la première portion du duodénum ou même le pylore adhèrent en arrière à la paroi abdominale postérieure ; exceptionlement, cette adhérence est complète, les deux feuillets séreux s'étant fusionnés sur toute leur étendue ; d'ordinaire, elle est incomplète, consistant seulement en une série de brides et de replis séreux qui vont de la face postérieure du pylore et du premier duodénum au péritoine pariétal et qui semblent prolonger la partie inférieure de la faux de l'hépatique.

Du côté gauche la bourse gastro-spléno-pancréatique est de même limitée par un repli péritonéal allant du bord gauche de l'estomac à la paroi abdominale postérieure et qui mérite le nom de ligament pariéto-gastrique gauche.

Au niveau du hile de la rate, ce ligament est attiré vers la gauche par la présence des vaisseaux spléniques, et il se replie sur lui-même en formant un cul-de-sac plus ou moins profond qui permet de le décomposer en deux ligaments, l'un postérieur ou pancréatico-splénique, l'autre antérieur ou spléno-gastrique.

Au-dessus de la rate,le cul-de-sac disparaît et le ligament se porte directement de l'estomac vers le diaphragme sous le nom de ligament gastro-phrénique et limite comme nous le verrons plus loin la loge gastro-phrénique de l'arrière-cavité.

De même,au-dessous de la rate le ligament pariéto-gastrique se porte directement de l'estomac vers la paroi abdominale postérieure où il s'unit au péritoine pariétal. Chez le nouveau-né,l'insertion de ce ligament sur le péritoine pariétal se fait suivant une ligne très oblique en bas et à gauche, allant de la partie inférieure du hile de la rate à l'angle gauche du côlon pour se continuer en dehors de cet angle avec l'insertion du ligament pariéto-colique gauche ; la cavité des épiploons se prolonge ainsi à ce niveau en un diverticule gauche qui s'étend jusqu'entre les deux feuillets du ligament pariéto-colique gauche (sustentaculum lienis).

Chez l'adulte, par suite d'accolement secondaire, ce prolongement gauche de l'arrière-cavité disparaît à peu près complètement, le ligament pariéto-gastrique gauche très diminué s'insère sur la paroi abdminale postérieure,suivant une ligne oblique en bas et à droite a llant de la partie inférieure du hile de la rate au méso-côlon transverse avec lequel le ligament pariéto-gastrique se fusionne à une hauteur variable suivant les sujets.

La disposition du ligament pariéto-gastrique au niveau du hile de la rate est de même souvent très différente chez le nouveau-né et chez l'adulte : chez le nouveau-né,les deux ligaments gastro et pancréatico-spléniques sont ordinairement bien distincts, formant un cul-de-sac qui prolonge l'arrière-cavité jusqu'au hile de la rate. Chez l'adulte la disposition précédente peut persister,mais plus souvent il se fait des accolements secondaires : tantôt l'épiploon pancréatico-splénique se soudant au péritoine pariétal diminue de longueur et peut même disparaître complètement,en sorte que le hile de la rate est fixé en arrière à la paroi et que la limite gauche de l'arrière-cavité se trouve formée uniquement par le

ligament gastro-splénique; tantôt l'accolement se fait entre les ligaments gastro et pancréatico-splénique, en sorte que le péritoine semble se réfléchir directement de l'estomac à la paroi abdominale postérieure sans atteindre le hile de la rate, et que l'arrière-cavité se trouve de ce fait plus ou moins considérablement diminuée. Parfois, les deux accolements précédents se produisent simultanément.

En bas, la cavité des épiploons répond en arrière au côlon transverse et à son méso-côlon, en avant, au grand épiploon chez le nouveau-né la cavité se prolonge ordinairement à ce niveau en un diverticule irrégulier et plus ou moins profond entre les deux lames du grand épiploon. Chez l'adulte, les deux lames du grand épiploon sont toujours fusionnées et le diverticule épiploïque de l'arrière-cavité disparaît totalement. L'étendue du processus d'accolement est d'ailleurs variable : parfois il ne dépasse pas le bord inférieur du côlon transverse, en sorte que la cavité des épiploons est formée par une lame séreuse qui descend du bord inférieur de l'estomac vers le côlon transverse, et se continue au-dessous de lui avec le grand épiploon. Plus souvent, l'accolement remonte jusqu'au bord supérieur du côlon transverse, en sorte que la cavité des épiploons est fermée par un méso étendu du bord inférieur de l'estomac au bord supérieur du côlon transverse, tandis que le grand épiploon semble se détacher du bord inrieur de ce côlon, c'est là la disposition qui nous a paru la plus fréquente.

Parfois enfin le processus d'accolement se poursuit au-dessus du côlon transverse, et la cavité des épiploons se trouve fermée en bas et en avant par un méso souvent très court, étendu de la face postérieure de l'estomac au méso-côlon transverse, le côlon transverse paraissant alors complètement en dehors de l'arrière-cavité.

Quelle que soit la situation de son insertion inférieure, le ligament gastro-colique se continue sur les côtés avec la partie inférieure des ligaments pariéto-gastriques droit et gauche fermant ainsi complètement l'arrière-cavité, et montrant la continuité de ces trois ligaments, qui présentent au point de vue embryologique une seule et même formation, le ligament pariéto-gastrique gauche répondant à la partie supérieure, le grand épiploon à la partie moyenne, et le ligament pariéto-gastrique droit à la partie inférieure du méso-dorsal primitif de l'estomac. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

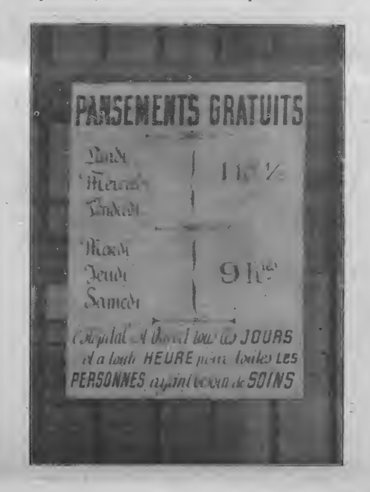
Les Croix-Rouges et les Praticiens.

Loin de moi la pensée d'effleurer de la moindre pénombre la gloire étincelante qui auréole les Croix-Rouges de notre pays. On sait que le rôle admirable, tel qu'il est défini par les statuts de ces Associations, consiste à voler au secours des blessés, en cas de guerre, ou à celui des sinistrés, en temps de calamité publique. On sait aussi de quelle sublime façon ce rôle est habituellement rempli. Sur ce terrain statutaire la gloire des Croix-Rouges est aussi sacrée que consacrée : on ne saurait rien en soustraire, rien y ajouter.

***

Mais déplaçons les circonstances, et alors la simple appréciation des faits oblige le plus grand nombre de médecins à reconnaître que les Croix-Rouges *en temps de catastrophe* et les Croix-Rouges *en temps normal* ne sont plus tout à fait les mêmes ; qu'il y a comme un dédoublement de leur personnalité ; et que si les premières ont acquis pour toujours la respectueuse admiration de tous, les secondes prêtent au contraire à la discussion par une attitude qui surprend et qui peine, parce qu'elle n'est ni juste, ni digne de ces belles œuvres.

En d'autres termes, il semble bien que les Croix-Rouges s'écartent de plus en plus de leur rôle initial, pour se fourvoyer dans les sentiers tortueux des abus, lorsque, sans égards pour la masse médicale, sans nécessité pour elles-mêmes, sans rien ajouter à leur gloire, elles semblent viser au trust de la philanthropie, en la distribuant à tort et à travers, par des mains non médicales, sans discernement, sans vouloir distinguer le nécessiteux de celui qui ne l'est pas, mais en s'offrant au contraire à tout venant, ainsi que l'attestent, étalés sur une place publique de Paris, deux placards *jumeaux* dont voici un spécimen :



***

Cette question des soins gratuits prodigués par certains établissements privés émeut de plus en plus le corps médical parisien. Les *Syndicats médicaux* et les *Sociétés médicales* d'arrondissement s'en sont occupés et ne cessent de s'en préoccuper. Et dernièrement le distingué Secrétaire général de la *Société médicale des Gobelins*, le Dr Chancel, jetait ce cri d'alarme (1) :

(1) Devant le *Conseil général* des Sociétés et devant la *Société médicale de l'Elysée*, janvier et février 1910. Notons que la région du 13e arrondissement surabonde en *consultations gratuites* qui sont données : par l'Assistance publique dans les hôpitaux de *La Pitié*, *Salpêtrière*, *Cochin*, *Dispensaire* rue Jenner, *Dispensaire* rue Bobillot ; par les Etablissements privés : *Dispensaire de la Maison Blanche*, *Dispensaire Emile Loubet*, *Hôpital des Peupliers*, *Dispensaire Marie-Amélie*, *Dispensaires Société Philantropique* (3 Disp.), *Hôpital St-François*, *Hôpital*

« J'ai le devoir, a-t-il dit, au nom des cinquante médecins de la Société des Gobelins, de joindre ma protestation à celle que M. le Dr Cibrie a fait entendre à la Société du VIIe. Oui, la Croix-Rouge fait maintenant fausse route... Les trois sociétés ont créé dans leurs hôpitaux de la rue Michel-Bizot, de la rue de la Jonquière et de la Place des Peupliers des cours de perfectionnement où un enseignement pratique très complet apprend à une multitude de dames toute la petite chirurgie. C'est un grave abus qui croît chaque jour. . . . .

. . . .

Ces cliniques sont largement ouvertes, non seulement aux pauvres et aux nécessiteux, mais à tous ceux qui s'y présentent. Bien plus, on sollicite la clientèle... Je connais des industriels, des institutrices qui ont été vivement priés d'envoyer leurs ouvriers et ouvrières, leurs élèves, à ces dispensaires et hôpitaux... Les résultats d'une pareille chasse aux malades n'ont pas été longs à se faire sentir : les clientèles des médecins du XIIIe ont littéralement fondu dans des proportions extraordinaires... Aussi est-ce le cri de détresse des médecins de tout un arrondissement que je fais entendre ce soir au Conseil général...

Il y a sept ou huit mois, le bureau de la Société du XIIIe s'est rendu à l'hôpital des Peupliers pour exposer à notre confrère le Dr Cazin le tort considérable fait aux médecins du quartier par les consultations gratuites de cet établissement. Nous demandions que ces consultations soient réservées aux indigents et nécessiteux, mais que toute la classe ouvrière ne soit pas acceptée sans contrôle. Nous attirions, en particulier, l'attention de notre confrère sur les blessés du travail qui ne sauraient être considérés comme des indigents puisque leur patron ou à sa place une Compagnie d'assurances est responsable des frais médicaux.

M. le comte d'Haussonville assistait à notre entretien. Il nous a reçus fort courtoisement, mais n'a pu nous faire aucune promesse absolue sur les points que nous lui exposions.

Aucun contrôle réel n'a donc été établi et actuellement tout habitant du XIIIe croit avoir *droit* au *médecin de la Croix Rouge*, etc. »

***

Et nous demandons à notre tour ce qui pousse les Croix-Rouges dans cette vilaine voie. Sans doute elles peuvent répondre ou simplement penser qu'étant puissantes et riches et sanctifiées par tout l'univers, elles font ce qu'elles veulent et n'ont cure de la *gens medica*. Mais ce n'est là qu'une hypothèse dont on n'ose admettre un seul instant la vérification.

Cherchons donc une autre raison. Les Croix-Rouges peuvent prétendre qu'elles ont besoin d'élèves, que pour exercer des élèves il faut des malades, et que plus les malades sont nombreux plus l'école est meilleure. Eh ! quoi ? Faut-il donc, pour qu'un enseignement soit idéal, qu'il s'exerce sur le dos et aux dépens des médecins ? Les Croix-Rouges n'ont-elles pas à la disposition de leurs élèves un vaste champ d'exercice dans les hôpitaux de Paris qui leur sont largement ouverts ?

On pourrait même se demander si déjà dans les hôpitaux de l'Assistance publique les élèves ambulancières n'exagèrent pas leurs aspirations professionnelles, en suivant les *cours de clinique* qui ont lieu dans les amphithéâtres. Pour les malades et pour elles-mêmes il devrait leur suffire d'être dans les salles où elles rendent les plus précieux services et où elles s'instruisent pratiquement et conformément à leur noble mission, et non pas à ces cours magistraux où les étudiants et les médecins ne trouvent pas toujours à se placer mais doivent souvent se tenir debout, à l'entrée de l'amphithéâtre ou dans un escalier. Voyons, mesdames, qu'avez-vous à connaître, une heure durant, de l'orchite traumatique, ou de la syringomyélie ou des pachypleurites à répétition ?

Ces cours de clinique dans les hôpitaux sont destinés, par définition, aux étudiants et aux médecins. Et si le médecin ou chirurgien des hôpitaux interroge des élèves (stagiaires, externes, internes, chefs de clinique), leur « pousse des colles «, redresse leurs erreurs, leur adresse d'utiles reproches, il semble que cet enseignement professionnel devrait avoir lieu *en famille*, et non pas devant des ambulancières ou des dames du monde dont le rôle se limite à être ou à devenir l'auxiliaire docile de tout médecin dans la pratique journalière.

***

Mais laissons aujourd'hui cette question subsidiaire, pour prendre des conclusions visant l'abus des soins gratuits par les établissements privés. Il est impossible que les médecins et chirurgiens qui président à ces soins abusifs restent longtemps insensibles aux doléances de leurs confrères. Ces médecins et chirurgiens ont un rôle et un devoir à remplir. Il est impossible qu'ils y faillissent.

CORNET.

Péan, Hôpital Marie Lannelongue, Dispensaire des Sœurs avenue Reille.
Ajoutons l'*Asile Ste-Anne*, et taisons les *Cliniques* et *Policliniques au grand rabais* organisées par des médecins assoiffés.

RADIOLOGIE

Radioscopie et radiographie de l'estomac ;

Par G. LEGROS.

La technique de l'examen radiologique de l'estomac est actuellement bien fixée, ce procédé a permis l'étude de la topographie et des fonctions gastriques normales ou pathologiques et le diagnostic parfois précoce de lésions organiques graves, on peut donc regretter que sa valeur ne soit pas actuellement mieux connue et son emploi plus vulgarisé.

En effet l'utilité de la radioscopie dans nombre de cas, associée ou non à la radiographie, est évidente et affirmée, elle a modifié sur ces sujets l'état de nos connaissances et constitue actuellement le moyen d'exploration gastrique le plus simple et le plus précis ; elle permet en effet l'appréciation :

1° De l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac (fonctionnement normal ou stase, sténoses) ;

2° De sa forme et de ses dimensions (dilatation, ptose, estomac biloculaire) ;

3° De son intégrité ou de ses troubles fonctionnels (motricité normale ou viciée, atonie) ;

4° De son intégrité organique ou de ses lésions pathologiques (néoplasme infiltrant les parois, néoplasme du pylore, rétrécissement pylorique).

A. — GÉNÉRALITÉS ET TECHNIQUE.

1° L'ESTOMAC EN ÉTAT DE VACUITÉ, masqué par une paroi abdominale souvent épaisse et présentant lui-même une opacité plus ou moins égale à celles des organes voisins, n'en est pas différenciable et se trouve naturellement invisible à la radioscopie ; seule apparaît alors normalement la partie claire, parce qu'aérée, située sous la partie gauche du diaphragme et précisément connue sous le nom de chambre à air. Cette région prend dans l'aérophagie un volume, une translucidité et une netteté toute spéciales.

2° LES LIQUIDES CONTENUS DANS L'ESTOMAC peuvent dans les conditions optima être visibles sans préparation préalable du sujet ; ils projettent alors sur l'écran une ombre noire, dont le niveau supérieur présente l'aspect de flot sous l'influence de secousses imprimées au malade. On peut ainsi constater la présence anormale de liquides de stase et de même, par la simple ingestion d'eau pure, acquérir des données sur la manière dont l'estomac se remplit à l'état normal et sur les variations pathologiques de son adaptation aux liquides en cas de dilatation ou de distension.

Or l'estomac normal *se remplit à la manière d'un tube* (Leven et Barret), et ce tube souple s'adapte à son contenu, se modèle en quelque sorte sur lui ; le tube est coudé, il comprend deux portions, une supérieure presque verticale, longue, contenue dans l'hypochondre gauche, c'est l'estomac proprement dit, une inférieure, horizontale, courte, dépassant légèrement la ligne médiane, ayant avec l'ombilic des rapports variables suivant les sujets, c'est le segment juxta-pylorique de l'estomac.

Dans l'estomac normal, la limite inférieure du tube n'est pas variable avec l'état de vacuité ou de réplétion, elle est toujours à peu près identique et de même le niveau du liquide ingéré est sensiblement invariable pour l'introduction de 50 ou de 200 cc. de liquide, cela toujours par adaptation en quelque sorte élastique de la cavité gastrique à son contenu.

Au contraire *dans l'estomac dilaté, atone, distendu* le niveau est d'emblée proportionnel à la quantité de liquide absorbé, ce liquide s'accumule dans les parties déclives, il faut plusieurs centaines de grammes pour atteindre le niveau que donnent seulement 50 cc. dans un estomac normal : l'estomac se remplit *à la manière d'une poche*, passivement, sans s'adapter.

Tels sont les renseignements que fournit l'examen radioscopique d'un estomac non préparé, ou simplement ayant reçu 50 à 300 cc., d'eau pure. Mentionnons de suite ce fait que le type absolument normal est rare, même chez l'adulte sain, et qu'il existe presque toujours au-dessous du niveau du pylore un cul-de-sac qui déforme la petite portion horizontale du tube et constitue un léger degré de dilatation ; chez la femme cette disposition s'accentue encore par le port du corset, cela en dehors de tout passé gastrique reconnu.

3° L'*ingestion*, au début de l'examen radioscopique, d'une cuillerée *de bismuth* lycopodé (lycopode 1, bismuth 3) accentue l'ombre portée sur l'écran par les liquides de l'estomac, liquides de stase ou liquides ingérés, et cela, dans le premier cas, avec une introduction minima de produits étrangers ; mais on rend surtout l'estomac nettement visible à la radioscopie et facile à radiographier en y réalisant une différence d'opacité considérable par rapport aux organes voisins : on peut rendre indifféremment l'estomac plus opaque par ingestion de substances inoffensives d'un poids atomique élevé, ou plus clair, par insufflation d'air au moyen du tube de Faucher ou absorption de produits effervescents. On emploie surtout le premier procédé et particulièrement *l'ingestion de* 40 *à* 50 *gr. de bismuth* intimement mélangés à 400 gr. de bouillie alimentaire.

On a employé, surtout au début, le sous-nitrate de bismuth, puis à la suite d'accidents dus à l'intoxication par les nitrites on lui a substitué le carbonate de bismuth.

Nous n'avons jamais pour notre part observé le moindre inconvénient de l'emploi de l'un ou l'autre de ces deux produits *aux doses maxima de* 50 *gr.* intimement mélangés à une bouillie alimentaire tiède, en tenant compte, bien entendu, de certaines contre-indications, telles que par exemple une sténose intestinale déjà serrée et derrière laquelle les 50 gr. de bismuth pourraient former bouchon. J. Baufle (1) et Desternes ont récemment publié un cas de mort par asphyxie aiguë au cours d'un examen radioscopique de l'œsophage ; cet accident, dû au passage du lait de bismuth dans les voies respiratoires s'explique chez un malade cachectique et atteint d'un cancer englobant à la fois l'œsophage et la trachée, mais doit rendre extrêmement prudent dans les cas de ce genre, d'ailleurs évidemment exceptionnels.

Les repas bismuthés sont en général facilement acceptés par les malades ; il est d'ailleurs possible de faire varier la nature de la bouillie alimentaire choisie comme véhicule, c'est ainsi que semoule, tapioca au lait ou bouillie proprement dite s'emploient indifféremment. On doit en tous cas absolument s'abstenir de faire ingérer le bismuth sous forme de paquets successifs enveloppés de pain azyme, la répartition du bismuth dans l'estomac est alors tout à fait inégale et peut conduire à des interprétations erronées. Le lait de bismuth peut être employé, il ne donne pas à notre avis d'aussi bons résultats que le repas proprement dit ; le bismuth en solution gommée se maintient longtemps en suspension et peut être recommandé.

On peut, dès l'ingestion terminée, procéder au premier examen radioscopique, ou le faire quelques minutes plus tard, il donne déjà de précieux renseignements sur la situation, la forme, le volume de l'estomac.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril 1910

Modifications de l'activité leucocytaire pendant l'anesthésie chirurgicale. — M. **Achard** a étudié l'influence des divers agents anesthésiques, en particulier de l'éther et du chloroforme, sur les globules blancs.

Pendant l'anesthésie chirurgicale, l'activité leucocytaire s'abaisse jusqu'à devenir parfois presque nulle, pendant plusieurs heures. Les conséquences qui peuvent en résulter pour la défense de l'organisme contre les poisons et les microbes expliquent peut-être le développement de certains accidents post-opératoires, tels que les infections d'origine respiratoire ou digestive.

Les actes délictueux commis par les paralytiques généraux. — M. ***Gilbert Ballet*** montre que, dans quelques cas exceptionnels la paralysie générale, maladie acquise, d'origine spécifique, qui n'a rien à faire avec le nervosisme ou les tares mentales héréditaires, peut se révéler par un ou plusieurs actes délictueux ; que ces actes délictueux peuvent être la première manifestation vraie de l'affection ; qu'ils peuvent avoir les caractères de l'acte délictueux, le plus banalement et le plus réellement délictueux ; qu'aucune modification du caractère, aucun trouble de l'intelligence appréciables pour l'expert, ne permettent d'en déceler la nature morbide, qui ne se révèle que plus tard ; que le contraste entre l'acte et la conduite passée du malade est le seul élément qui puisse faire songer à un délit pathologique possible. Il ajoute que cet élément acquerra une valeur particulière si les anamnestiques décèlent chez le délinquant l'existence d'une syphilis antérieure ancienne dont la ponction lombaire sera d'ailleurs susceptible de démontrer l'action présente sur le système nerveux.

Les vomissements graves de la grossesse et leur traitement.— M. ***Pinard*** a observé que 42 pour 100 des femmes enceintes ont des vomissements ; ces vomissements cessent le plus souvent

(1) Voir le précédent numéro du *Progrès Médical*, n° 14, 1910.

vers la fin de la première moitié de la grossesse, quitte à reparaître parfois dans les derniers mois. Pour ce qui est des vomissements opiniâtres, dits incoercibles, ils sont une manifestation d'autointoxication chez des sujets atteints d'insuffisance hépatique ; aussi doit-on d'abord tenter les inhalations d'oxygène, le régime lacté. Mais il faut surtout suivre de près le pouls ; la première manifestation toxique grave est l'accélération du pouls ; qui atteint 100, s'y maintient et tend à dépasser ce chiffre en même temps qu'il devient petit, dépressible. C'est à ce moment, alors que les malades ne sont point encore trop intoxiquées, qu'il convient d'interrompre la grossesse.

Nouveaux résultats de l'œsophagoscopie. — ***M. Guisez***, d'après environ 800 observations œsophagoscopiques, expose les résultats suivants : 48 corps étrangers, sur 51, furent extraits sans opération externe ; des sténoses cicatricielles infranchissables purent être dilatées, et l'on put diagnostiquer des affections non cancéreuses, comme des cardiospasmes graves, des lésions syphilitiques ou tuberculeuses. (Benjamin Bord).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 avril 1910.

L'hémophilie et son traitement. — M. *Legueu*. — Je voudrais insister un peu sur le cas, que je vous signalai dans notre dernière séance, d'hématomes musculaires survenus spontanément dans les fosses iliaques. Les cas de ce genre sont rares et je n'en ai pu trouver que deux dans la littérature médicale. L'un, celui de Gayet, présente beaucoup d'analogies avec le mien. Il s'agissait également d'un hématome diffus, siégeant, non dans le muscle iliaque, mais dans la gaine du psoas. Il guérit également par résolution spontanée.

Leur étiologie est obscure. Ils surviennent chez des hémophiles, mais sans qu'on puisse retrouver l'action d'une contusion directe, où même l'influence indirecte d'un effort ou d'un faux mouvement. En un mot, ils sont, en apparence du moins, spontanés.

Leur volume peut être considérable et ils dissocient alors et désagrègent les muscles.

Le diagnostic en est souvent difficile, car leur symptomatologie ne présente rien de spécial. Ils amènent de la flexion de la cuisse sur le bassin, des douleurs dans la zone du nerf crural et une tuméfaction de la fosse iliaque, c'est-à-dire qu'ils se confondent, au point de vue des symptômes, avec les abcès par congestion d'origine pottique, d'autant plus que l'état général du malade est assez précaire.

Leur traitement est et doit rester purement médical. C'est par le repos, les toniques généreux et tous les remèdes utiles contre l'hémophilie qu'on en obtiendra la guérison. Si on ouvre ces hématomes, on s'expose à les infecter et à provoquer de nouvelles et très graves hémorragies.

M. ***Ricard***. — Une jeune fille de 22 ans, que j'avais opérée d'appendicite à froid, présenta au 8e jour une hémorragie intra-pariétale qui, après m'avoir obligé à débrider la plaie, se reproduisit et persista plusieurs jours malgré le tamponnement, devenant très inquiétante. Elle ne s'arrêta qu'à la suite d'injections répétées de sérum antidiphtérique. Celui-ci eut en ce cas une action vraiment frappante et très nette, car son influence hémostatique se manifesta dès la première injection.

Il faut remarquer que cette malade avait déjà eu des hémorragies inquiétantes à la suite d'une opération pour fistule anale, faite quelques années auparavant. Mais cette fistule ayant récidivé, la nouvelle opération s'était passée sans incident.

M. Michon. — J'ai vu deux fois des hématomes chez un hémophile. Le premier survint à la paume de la main après une piqûre de ciseaux. Il s'infecta et il fallut me résoudre à intervenir. Je l'incisai donc, et le tamponnai avec une mèche imbibée de sérum antidiphtérique. Peu de jours après, le malade eut des hématuries graves qui cédèrent encore au sérum antidiphtérique. Enfin deux mois après, il eut encore un hématome du plancher de la bouche lequel se résorba spontanément sous l'influence du sérum.

Péritonite par corps étranger dans un sac herniaire. — M. ***Mauclaire*** présente un rapport sur une observation communiquée par M. Hardouin (de Rennes). Il s'agit d'un homme de 57 ans chez lequel une hernie inguinale déjà ancienne s'étrangla subitement. L'opération conduisit sur un sac rempli de pus et contenant des anses grêles, rouges, accolées et sur l'une desquelles on trouva un fragment de feuille de sapin, cause probable des accidents en cours. Les anses étant suspectes sans qu'il y ait cependant de gangrène avérée, M. H. fit une résection iléo-colique comprenant 1 m. 50 d'intestin dont plusieurs points furent ensuite trouvés rétrécis. L'appendice était enflammé lui aussi et il existait un diverticule de Meckel implanté à quelques centimètres de la valvule iléo-cæcale. La guérison se fit sans incident.

Contusion de l'abdomen. — ***M. Mauclaire*** fait un second rapport sur une observation communiquée par M. Vandenbouche (de Lyon) concernant un cas de contusion abdominale qui avait déterminé une rupture de la vésicule biliaire. Jusqu'au 10e jour, le blessé ne présenta aucun signe de réaction du péritoine. A ce moment se manifesta un épanchement sous-hépatique avec subictère. On pensa à une complication hépatique et l'intervention fut décidée. On trouva un épanchement de bile enkysté contenant 6 litres de liquide environ, lequel semblait provenir de la vésicule biliaire. Drainage et guérison.

Cystoscope opérateur. — M. ***Marion*** présente à la Société un cystoscope opérateur de son invention qui lui a permis d'enlever par la voie naturelle de petites tumeurs vésicales. L'instrument permet de bien voir ces tumeurs, de sectionner et de cautériser leur point d'implantation, et enfin de les extraire en bloc ou après morcellement. On opère très simplement et même sans anesthésie et on n'a pas à craindre d'hémorragie. Les suites opératoires sont très simples puisque les malades peuvent quitter l'hôpital quelques heures après.

Ce procédé offre donc de grands avantages sur la taille. Mais il faut le réserver aux tumeurs qui apparaissent tout entières dans le champ du cystoscope de manière qu'on soit sûr de ce qu'on fait.

Dangers du chloroforme chez les hépatiques. — M. ***Quénu***. — On connaît parfaitement les lésions hépatiques produites par le chloroforme et les dangers que l'on fait courir aux malades en l'employant chez des hépatiques. Les dangers sont particulièrement grands chez *les ictériques*, quelle que soit la cause de cet ictère. Cet ictère s'accentue dans les jours qui suivent, ainsi que les accidents d'intoxication biliaire. D'autre part les ictériques opérés ont une grande tendance aux hémorragies.

Tous ces accidents sont dus surtout au chloroforme.

Aussi, ai-je, chez ces malades, renoncé au chloroforme, et dans les cas récents où je me suis servi de l'éther pour l'anesthésie, j'ai été frappé de la simplicité des suites opératoires : l'ictère ne s'est pas aggravé et il n'y a eu aucun signe d'intoxication.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 21 avril 1910.

Paracentèse du péricarde. — M. ***Nicolas*** a effectué cette opération dans un cas de péricardite aiguë rhumatismale. La gravité des symptômes généraux, le pouls filiforme, l'apparition de signes de compression du cœur l'incitèrent à intervenir d'urgence. Il eut recours à la ponction du péricarde, par le procédé de Delorme et Mignon. Ayant fait une incision verticale, sur le bord gauche du sternum, en dedans des vaisseaux mammaires internes, il enfonça une aiguille de Potain dans le 5e espace, au ras du bord sternal, et put évacuer, de la sorte, 375 cm. de liquide. Guérison.

Un cas de suture du tendon par anastomose avec autoplastie cutanée. — M. ***Couteaud*** communique l'observation d'un malade qui, en fauchant, se fait une plaie de la face dorsale de la main avec perte de substance des dimensions d'une pièce de cinq francs, section du 3e métacarpien et abrasion d'un fragment de 24 millimètres du tendon extenseur du médius. Intervention : recherche du tendon extenseur de l'annulaire et du bout distal du tendon du médius sectionné ; division en deux

du tendon de l'annulaire, puis suture au médius. Pour combler la plaie cutanée, incision en croissant du bord supérieur de la plaie pour le mobiliser et le suturer à la partie inférieure. Guérison et récupération complète, au bout d'un mois, de tous les mouvements des doigts.

Autosérothérapie de la pleurésie. — MM. A. ***Billet*** et ***Bressot*** font part des résultats qu'ils ont obtenus de ce mode de traitement des pleurésies préconisé par Gilbert (de Genève). Sur 8 malades qu'ils ont traités, il y a eu 5 succès immédiats et complets : entre 3 et 10 jours, disparition totale de l'épanchement, après une ou deux ponctions et réinjections. Dans ces 5 cas, il y a eu diurèse abondante, fait signalé déjà par Gilbert et Marcou. Chez 2 malades, la résorption a été plus tardive : 17 et 19 jours ; il a fallu trois ponctions. Enfin, chez un seul malade, le traitement a été inefficace. Les auteurs concluent que l'autosérothérapie est une méthode excellente, à condition d'être employée le plus tôt possible après la constatation de l'épanchement.

M. ***Tostevin*** ne pense pas que la réinoculation sous la peau du liquide ponctionné soit indispensable ; dès 1902, il a obtenu de bons résultats par des évacuations répétées de très faibles quantités de liquide pleurétique (2 à 10 cc.)

Traitement des pleurésies purulentes par la ponction suivie d'injection intrapleurale de collargol. — M. ***Delaborde***, à l'occasion d'une pleurésie purulente à streptocoques, survenue au déclin d'une rougeole, essaya la thérapeutique préconisée, il y a un an par M. H. Vincent. Après 4 ponctions évacuatrices, suivies d'injections intrapleurales de 15 à 20 centimètres cubes d'une solution de collargol à 1/100e, il obtint une guérison complète de son malade, qui put reprendre intégralement son service.

MM. ***Delorme, Sieur, Gauthier*** restent néanmoins partisans du traitement chirurgical des pleurésies purulentes par la pleurotomie avec résection costale. Leurs communications portent sur différents points de la technique opératoire. H. BILLET.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET RADIOLOGIE MÉDICALES

Séance du 21 avril 1910.

M. ***de Toledo Dodo Worth*** (de Rio-de-Janeiro) lit un travail sur le **Traitement des anévrysmes par le courant continu.** — Par suite de différentes circonstances, l'anévrisme de l'aorte est extrêmement fréquent au moins dans certaines régions du Brésil, aussi les médecins brésiliens peuvent, au nom d'une expérience étendue, préconiser la méthode classique dans leur pays, qui consiste à placer le pôle positif sur la tumeur ou le plus près possible d'elle, et l'autre pôle de l'autre côté du corps 10 m. A, durant 20 minutes); on obtient en moyenne, en une soixantaine de séances, des améliorations symptomatiques très manifestes et en certains cas une diminution de volume décelable par les rayons X.

M. ***Laquerrière*** n'a pas d'expérience pour les anévrysmes véritables, mais en certains cas il a obtenu de très grosses améliorations symptomatiques dans des dilatations aortiques en faisant passer 2 à 3 fois par semaine 100 m A. durant 25 à 30 minutes d'avant en arrière du thorax.

M. ***Malmejac*** rappelle les bons effets qu'il a obtenus de l'effluvation de haute fréquence avec la technique qu'il a décrite ; non seulement les phénomènes aortiques disparaissent, mais la pression sanguine s'abaisse et il a actuellement des résultats qui se maintiennent depuis un an.

M. ***Zimmern*** pense que les divers moyens dont il est question agissent beaucoup plus sur le système nerveux que sur l'anévrysme lui-même.

M. Laquerrière dit qu'il y a une quinzaine d'années il a fait sous la direction d'Apostoli des recherches sur l'influence de la galvanisation du pneumogastrique dans les cardiopathies et que, bien que ces recherches soient restées incomplètes, il en garde l'impression que ce procédé peut soulager les phénomènes d'angor et modifier favorablement le rythme cardiaque.

MM. ***Zimmern*** et ***Turchini*** présentent leur **appareil pour courant faradique ondulé**, Cet appareil est portatif, à peine plus grand que l'appareil faradique ordinaire : l'ondulation est obtenue par un mécanisme d'horlogerie, la vitesse est variable à volonté, l'intensité très facilement réglable, le trembleur est atonique, etc.

M. Oudin félicite les auteurs d'avoir réalisé un appareil transportable simple et bon marché et il souhaite que, sauf pour l'électrodiagnostic, les constructeurs n'en mettent pas d'autres dans le commerce.

MM. ***Zimmern*** et ***Gendreau*** font une communication intitulée : **Vertige voltaïque et vertige auriculaire.** — Des malades présentant le syndrome avec vertige voltaïque ont vu après traitement électrique les bourdonnements et les vertiges être améliorés ou disparaître, tandis que la surdité n'était que peu modifiée. Le vertige voltaïque était simultanément devenu normal. Ce vertige est donc dû à l'excitation du vestibule (ventricules et canaux semi-circulaires) et n'est pas en rapport avec la surdité.

M. Denis ***Courtade*** emploie l'**ionisation dans les maladies des organes urinaires** : dans les cystites tuberculeuses ou autres, il électrolyse une solution de salicylate de soude à 5 pour cent. Dans les cystites tuberculeuses il obtient surtout la cessation des hémorrhagies, la cessation des douleurs, et l'augmentation de la capacité vésicale.

M. ***Lebon*** parle de l'usage de l'**étincelle médiate de haute fréquence dans le traitement de certaines atrophies musculaires** : l'étincelle indirecte de statique préconisée par divers auteurs, procédé des plus utiles, est difficile à mesurer, et n'est pas constante en raison de la variabilité du débit, dans nos climats, des machines statiques. L'étincelle indirecte de haute fréquence est facile à graduer, mesurable et est identique à elle-même, les appareils n'étant pas soumis aux influences hygrométriques.

M. Laquerrière déclare que si les étincelles indirectes de haute fréquence sont aussi indolores que celles de statique, cette innovation constitue un progrès sérieux.

M. Oudin croit à la grande utilité des courants de haute fréquence dans les atrophies musculaires, mais il emploie surtout l'effluvation.

M ***Courtade*** présente un **écran renforçateur pour radiographie** qui lui paraît capable de réduire de plus de 10 fois le temps de pose. Cet écran ne donne pas des images rigoureusement aussi nettes que celles obtenues sans écran, mais détermine infiniment moins de flou que les écrans renforçateurs employés jusqu'ici. *Le secrétaire général*, Dr A. LAQUERRIÈRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 avril 1910.

Leucémie aiguë. — M. ***Galliard*** rapporte l'observation : H., 42 ans, tuméfaction des gencives, douleurs, 41°, sans adénite maxillaire, sans hémorrhagie, mais accidents gangréneux; pouls rapide avec dyspnée, quelques taches purpuriques, légère tuméfaction de la rate ; formule hémato'ogique : leucémie aiguë (66.000 g.-bl). Mort.

Glycosurie expérimentale. — MM. ***Thiroloix*** et ***Jacob.*** — L'ablation pancréatique telle qu'elle est pratiquée ordinairement donne des glycosuries assez différentes du diabète humain.

L'ablation partielle donne au contraire des glycosuries tout à fait semblables à celles qu'on voit en clinique.

Rétrécissement pulmonaire. — M. ***Mosny*** rapporte le cas.

Purpura tuberculeux. — M. ***Lion*** en rapporte deux cas.

FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 29 avril 1910.

Polype myomateux de l'utérus.— M. ***Cazin*** rapporte une observation de polype récidivant du col de l'utérus, observé chez une vierge de 18 ans ; l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un *myxome pur* tout à fait identique aux myxomes des fosses nasales.

Péritonite appendiculaire et salpingo-ovarite survenues pendant la lactation.— M. ***Péraire*** présente ce cas particulièrement grave qui s'est terminé par la guérison, après appendicectomie et ablation des annexes. L'opération fut faite à chaud au 4e jour de l'apparition des accidents.

Il conclut en disant que la question de la temporisation ne doit pas être posée en pareil cas. Il faut intervenir d'urgence quelles que soient l'intensité des symptômes et l'époque à laquelle on observe les malades.

Sur le pneumothorax opératoire et l'anesthésie générale dans les interventions ouvrant la cavité pleurale. — M. A. ***Huguier*** fait un rapport sur un travail de M. Rigollot-Simonnot ayant pour point de départ une pneumotomie pour abcès du poumon d'origine embolique consécutif à une appendicite gangréneuse opérée. La cavité pleurale étant complètement dépourvue d'adhérences, M. Rigollot sutura la séreuse pariétale au poumon par une couronne de points en U renforcée par un deuxième plan de sutures entre la peau et le poumon incisé superficiellement. Puis, il évacua le foyer suppuré en incisant le tissu pulmonaire au centre de la zone fixée. Vingt-trois jours après cette intervention, alors que le malade était presque complètement guéri, survint brusquement un *pneumothorax* par suite de la *rupture tardive des adhérences* pleuro-pulmonaires en un point très limité. Puis apparut une pleurésie purulente qui nécessita un empyème. Finalement le malade guérit.

M. Rigollot-Simonot fait suivre cette observation de considérations intéressantes sur le pneumothorax opératoire. Il montre que le pneumothorax total produit sous anesthésie fut parfaitement bien supporté tandis que le pneumothorax spontané s'accompagna de symptômes graves allant jusqu'à la syncope. D'après cet auteur, l'anesthésie générale, à condition qu'elle soit complète, agirait en supprimant les réflexes pleuraux, c'est-à-dire la cause des accidents nerveux et syncopaux.

Finalement M. Rigollot arrive à cette conclusion, contraire à l'opinion classique, que dans les opérations de l'*empyème* pour pleurésie purulente le meilleur moyen d'éviter les accidents mortels dus aux réflexes pleuraux, c'est d'opérer sur des malades *complètement anesthésiés* et d'employer pour la narcose l'éther de préférence au chloroforme qui est plus toxique.

Des cures d'altitude marines et hydrominérales dans le traitement des tuberculoses urinaires et génitales.—Les cures, pour M. Le Fur, sont très indiquées dans les tuberculoses génitales et urinaires à part les formes par trop congestives et s'accompagnent de cystite très prononcée. Dans les formes torpides, les plages du Nord de la France et particulièrement bretonnes sont particulièrement indiquées ; dans les formes s'accompagnant d'éréthisme, les plages du sud de la France et les cures de montagne ; dans toutes, les cures hydrominérales auraient d'heureux résultats.

Présentations.— M. ***Le Bec*** présente un volumineux utérus enlevé par voie vaginale, qui contenait dans sa cavité un tissu mou qui ressemblait à du sarcome. Il s'agissait simplement d'un *fibrome dégénéré*.

ANALYSES

L'Endocardite lente, par Schottmuller. (*Munch. medic. Wochenschrift,* 22 et 29 mars 1910.)

Schottmuller a déjà insisté autrefois sur une forme clinique particulière de septicémie à streptocoques accompagnée d'endocardite.

Cette infection est déterminée par un streptocoque différent du streptocoque de l'érysipèle, qu'il nomme *streptococus mitior seu viridans*. Schottmuller attire à nouveau l'attention sur ces faits et publie cinq observations nouvelles.

Dans la plupart des cas une série d'attaques de rhumatisme articulaire est signalée au début des accidents. Au cours de celles-ci le plus souvent le cœur est touché.

Le début de l'endocardite lente est tout à fait caractéristique ; il est absolument insidieux : les malades n'en sauraient préciser le jour et ils n'entrent à l'hôpital qu'après avoir été soignés des semaines ou des mois. Les douleurs articulaires attirent souvent leur attention, mais elles sont si peu intenses que les malades ne prennent pas le lit, ils se plaignent aussi des douleurs vagues dans les masses musculaires. Rien n'attire l'attention du côté du cœur.

Le dyspnée légère et la petite toux sèche souvent signalée font croire à une affection pulmonaire. Lorsque les malades entrent à l'hôpital, on constate presque toujours des souffles cardiaques en général au niveau de la valvule mitrale parfois des signes de péricardite.

L'auteur a pu observer un léger épanchement pleural, qui ne contenait d'ailleurs pas de formes pathogènes; la rate est grosse. La présence d'albumine et d'éléments cellulaires dans les urines montrent parfois la participation du rein au processus infectieux. Les embolies septiques produisent des accidents variables avec leur localisation. La fièvre ou bien oscille autour de 38°, ou atteint à peine ce chiffre. Il est rare d'observer dans cette forme clinique les grands frissons avec descentes de température de 37° à 41°, comme il est de règle dans les formes habituelles d'endocardite maligne. L'anémie de ces malades est extrême et Schottmuller signale que dans certains cas où l'auscultation du cœur n'indiquait pas nettement les lésions d'endocardite, où la température était peu élevée, la pâleur du visage extrême, les taches purpuriques répandues sur les téguments, on songeait à une anémie pernicieuse ou à une leucémie. L'examen du sang ne montra dans les cas d'endocardite lente qu'une diminution des globules rouges et de leur teneur en hémoglobine.

La culture du sang permet dans presque tous les cas d'arriver à une certitude diagnostique.

On constate en effet la présence, dans le sang circulant, du *streptococus mitior* en pratiquant des cultures sur gélose simple ou mieux glucosée ; souvent, il est vrai, les cultures étant négatives, il faudra répéter plusieurs fois cette recherche.

L'évolution si particulière de ces endocardites dure plusieurs mois, un an et même deux ans. La mort est la règle, causée soit par la défaillance cardiaque, soit par une complication portant sur les centres nerveux, les poumons et les reins.

Nous avons déjà signalé la difficulté du diagnostic entre celui d'endocardite lente et les anémies accompagnées de splénomégalie.

Dans quelques cas on a pu confondre les endocardites avec une tuberculose aiguë, une méningite, etc. Il faudra savoir distinguer cette infection streptococcique de la polyarthrite rhumatismale aiguë ou subaiguë dont le traitement et le pronostic sont si différents.

Ni les vaccins de Wright, ni le collargol, n'ont été utiles à Schottmuller dans les cas d'endocardite lente qu'il a soignés.

Il nous paraît légitime de rapprocher des constatations intéressantes de Schottmuller les faits signalés autrefois par Jaccoud (forme chronique de l'endocardite infectieuse).

Plus récemment, Osler a publié une dizaine d'observations d'endocardites infectieuses chroniques dues presque toujours à des streptocoques médiocrement virulents. Enfin d'autres auteurs, en particulier Leclerc, Lesieur et Mouriquand ont étudié l'endocardite infectieuse à évolution lente.

Il semble, à lire Schottmuller, que la forme clinique décrite plus haut corresponde toujours à une septicémie par le *streptococcus mitior* ; de nouvelles recherches sont nécessaires pour qu'on puisse affirmer cette unité bactériologique et clinique.

A. D.

BIBLIOGRAPHIE

La cholélithiase ; par MM. Aschoff et Bacmeister. (117 pages avec 18 lithographies et 18 dessins dans le texte. Iena. G. Fischer, 1909.)

La monographie d'Aschoff, professeur d'anatomie pathologique à Fribourg-en-Brisgau et de Bacmeister, son assistant, est très remarquable par ses descriptions et la beauté de ses planches lithographiques en couleur.

Les auteurs étudient d'abord l'anatomie et la pathologie normale de la vésicule, ils insistent notamment sur la sécrétion de mucine, décelée par le muci-carmin, sur les fibres élastiques de la paroi, sur les canaux de Luschka à qui ils font jouer un rôle important dans la genèse de certains calculs.

Ils étudient ensuite l'état anatomique des *vésicules hydropiques* simplement distendues, à musculeuse épaisse, à plis effacés.

Puis ils étudient l'histologie et la pathogénie de la lithiase, la cholécystite récidivante, la cholécystite phlegmoneuse simple, la cholécystite phlegmoneuse ulcéreuse, la cholécystite compliquée, la cholécystite cicatrisée, qu'ils figurent avec de magnifiques dessins histologiques.

Les auteurs insistent beaucoup sur le rôle des canaux de Luschka, qui se dilatent, deviennent des foyers d'infections, s'abcèdent et s'ouvrent, ou qui peuvent devenir le lieu de formation de calculs pariétaux. Ils font également l'étude des calculs de cholestérine, ou des calculs mixtes, cholestériques et calcaires. Ils commentent et discutent les recherches de Gilbert, Fournier, Dominici sur le microbisme des calculs et la théorie infectieuse de la lithiase.

Il s'agit en résumé d'une monographie très intéressante et admirablement illustrée. P. CARNOT.

La thérapeutique en vingt médicaments ; par MM. H. HUCHARD et Ch. FIESSINGER. Chez A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

La Thérapeutique en vingt Médicaments, c'est-à-dire la thérapeutique simplifiée, débroussaillée, efficace par elle-même, en dehors de toute intervention suggestive et ne se laissant pas prendre à l'illusion des coïncidences.

MM. H. Huchard et Ch. Fiessinger, après leurs deux volumes de Clinique Thérapeutique du Praticien, ont voulu écrire la Thérapeutique du Praticien. Peu de considérations physiologiques en tête des chapitres, car la physiologie change et les interprétations varient avec les temps, mais les applications pratiques, celles qui étant vraies hier, le demeureront demain.

Le médecin qui soigne des malades n'a point besoin d'autre chose, et le malade guéri ne s'inquiète pas d'une explication scientifique qui, sans doute, est à la veille d'apparaître définitive, mais n'a pas jusqu'aujourd'hui éclairci tous les éléments du problème.

Les auteurs se sont donc cantonnés sur le terrain de la pratique constante, tirée de leur expérience personnelle. Avec vingt médicaments, le traitement est possible de toutes les maladies. Les traitements spécifiques (salicylate de soude, mercure, quinine, digitale, sérothérapie, etc.) tiennent naturellement la première place. L'intelligence du médecin, sa perspicacité, sa bonté, feront le reste. Dès son apparition, la traduction de cet ouvrage a été demandée en anglais, italien, espagnol. C'est dire le succès qui l'attend.

Le Rachat de l'Ouest, par Paul THÉODORE-VIBERT (A. Schleicher, éditeur, 8, rue Monsieur-le Prince, Paris.)

Le Rachat de L'Ouest. — Les chemins de fer de l'Etat. — Les chemins de fer du Midi. — Quelques conséquences. — Les canaux.— Paris port de mer.— Nos ports de mer. — Nouvelles conventions — L'Etat industriel et commerçant. — Le Rachat de l'Ouest et la question sociale. — Vitesse et contrôle.

M. Paul THÉODORE-VIBERT, rédacteur en chef et directeur du *Grand National*, le fils de l'auteur des *Girondins* dont on va fêter le cinquantenaire en 1910, publie un gros volume de 700 pages contre le Rachat de l'Ouest et l'Etatisme sous toutes ses formes, et la documentation très complète de ce volume fait un véritable et définitif réquisitoire contre les crimes et les folies de l'*Etatisme, de l'Interventionisme* qui ne sont, suivant la forte définition de l'auteur, que *la caricature du Socialisme*.

C'est tout un traité d'économie politique libertaire que vient d'écrire M. Paul Théodore-Vibert, et nous voulons croire que tous les parlementaires tiendront à le lire et à s'en inspirer pour renoncer enfin à l'Etatisme mortel et aiguiller la politique économique et coloniale de la France vers un régime de liberté et de justice, plus en rapport avec la forme républicaine.

Ce sera la grosse question sociale, politique et économique de demain et nous devons remercier hautement M. Paul Théodore-Vibert de l'avoir posée avec la netteté et la franchise qui lui sont coutumières.

Le déchet social. Le vagabond; par le Docteur PAGNIER. (Un volume in-18 de 242 pages chez Vigot, éditeur, Paris 1910)

Excellent livre où l'auteur réunit les qualités de sociologue et d'aliéniste et donne ainsi une contribution sérieuse à la question si importante du vagabondage.

Le début du volume montre l'état du vagabondage à travers les âges, puis vient une étude sur la psychologie du vagabond qui pour des causes diverses est inadapté.

Le vagabondage est le résultat de nombreux motifs (causes individuelles et pathologiques, causes occasionnelles, causes extérieures et causes sociales). Après avoir ainsi posé les données du problème, M. Pagnier nous dit comment il faut lutter contre le vagabondage. C'est là, à notre avis, la partie la plus intéressante de ce travail. Aux malades convient l'hôpital, aux miséreux l'assistance par le travail, aux viciés un séjour dans une maison de travail, avec un régime rigoureux s'il y a récidive. En aucun cas la prison, sauf pour les vagabonds criminels.

De plus, mieux vaut prévenir que guérir : ainsi l'auteur demande la réforme du code pénal de l'enfant, l'examen biologique du vagabond, la création des institutions nécessaires pour adapter l'enfant et remplacer la famille qui ne peut ou ne sait pas exercer une action morale suffisante. Dr PAUL-BONCOUR.

L'œuf humain. Implantation et gestation. Trophoderme et placenta ; par M. ETERNOD. (Genève, Georg et Cie, libraires, 1909).

Dans le très remarquable mémoire publié à l'occasion du jubilé de l'Université de Genève (1559-1909) et qu'illustrent 46 figures, dont 4 planches en couleur et 4 planches en noir, l'auteur expose dans une centaine de pages, d'une façon aussi intéressante que claire, ses recherches concernant les phenomènes si curieux de l'évolution de l'œuf fécondé. Le matériel d'étude a été puisé avant tout dans les pièces des propres collections de l'auteur, et, en partie aussi, mais seulement autant que cela a été nécessaire, dans les publications anciennes ou récentes sur le sujet. Eternod a fait une revision méthodique et soigneuse des œufs humains récoltés par lui depuis une trentaine d'années. Les différents procédés employés pour cette comparaison, cette synthétisation méthodique, ont permis de réunir, dans un tableau synoptique d'ensemble et de reconstituer les divers œufs de sa série.

Ce tableau, un grand nombre de planches et de dessins, exécutés d'après les préparations originales, ainsi que des figures schématiques rendront au lecteur moins arides ces matières d'ordre très spécial et souvent encore bien obscures. C. J.

Dernières nouvelles des concours.

Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — *Classement.* — Séance du 30 avril. — Sont déclarés admissibles :

MM. PAGNIEZ, LAUBRY, GRENET, MERKLEN, LÉRI, CROUZON, BIGART, BABONNEIX, RIBADEAU-DUMAS, VILLARET, WEIL (Emile).

Sont déclarés *ex æquo* avec les admissibles : MM. NATTAN-LARRIER et DARRÉ.

Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. HUDELO, BARBIER, MACAIGNE, M. LABBÉ, GAUCHER, BALLET, LEGRY, GALLIARD et BLUM.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. LARDENNOIS, 17 ; MARTIN, 16 ; ALGLAVE, 20.

Concours de l'adjuvat des hôpitaux.— Le jury est composé de MM. DELBET, SEBILEAU, SOULIGOUX, JALAGUIER et QUEYRAT.

Concours de dentiste des hôpitaux.— *Lecture.*— Séance du 29 avril. — MM. CHARÉZIEUX, 28 ; SCHAEFER, 25.

Epreuve clinique générale. — Séance du 30 avril. — MM. COUSTAING 17 ; DE NEVREZÉ, 19.

Concours de médecin de l'assistance médicale. — *Lecture.* — Séance du 30 avril. — MM. ADAM DE BEAUMAIS, 12 + 17 = 29 ; DÉSÉGLISE, 12 + 18 = 30 ; CORTAT, 11 + 15 = 26 ; BARBIER, 11 + 12 = 23.

Concours de l'internat de Saint-Lazare.—Jury : MM. VERCHÈRE, président ; OZENNE, EMERY. Ont été nommés internes titulaires : MM. Charles RENAULT, FERTÉ, Georges LÉVY, DURŒUX, VALLIMANN, DOGNY.

Questions traitées. — *Ecrit.* — « Rapports des reins. Hydronéphrose. *Oral.* — « Gommes de la langue ». — Diagnostic et complications de la métrite blennorrhagiques. — « Diagnostic et traitement de l'arthrite blennorrhagique ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Diagnostic rétrospectif de la fièvre de Malte ;

Par MM.

LAGRIFFOUL — Professeur agrégé

ROGER — Chef de Clinique

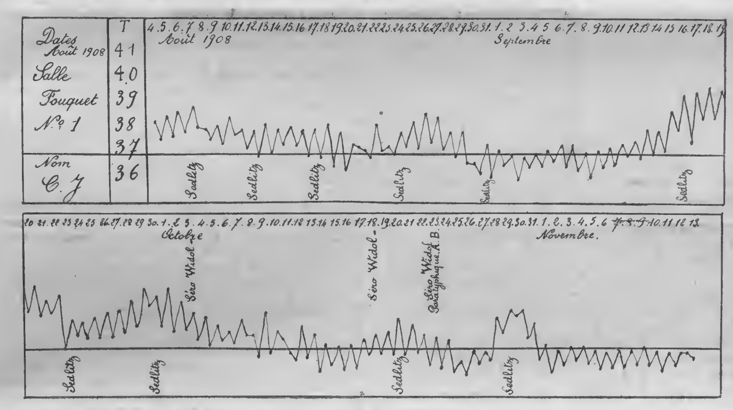
à la Faculté de médecine de Montpellier

Grâce à nos recherches dans les hôpitaux de Montpellier et grâce à l'enquête que nous avons entreprise auprès de nombreux médecins, nous avons déjà pu établir la fréquence jusqu'ici insoupçonnée de la fièvre de Malte (1) dans le Midi de la France, non seulement dans l'Hérault et le Gard, mais dans l'Aude, la Drôme, le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône, le Var, le Tarn. Cette infection ne sévit donc pas chez nous uniquement sous forme de petites épidémies (St-Martial, St-Bauzile-de Montmel), mais elle est *endémique* dans toute la région méridionale. Nous avons des raisons de croire que si on la cherche bien, on en trouvera un peu dans toutes les contrées de la France : nous venons avec notre maître M. le professeur Rodet d'en constater plusieurs cas à Lyon où elle n'avait pas encore été signalée. Divers auteurs en ont cité quelques cas isolés à Paris et dans ses environs.

Etant donnés ces premiers résultats de notre enquête, nous nous sommes demandé si cette maladie, que jusqu'ici on n'avait guère diagnostiquée dans notre pays, y était d'importation récente. Le souvenir de faits analogues à ceux que nous observons actuellement et que nous sommes maintenant habitués à diagnostiquer le plus souvent dès leur début fièvre de Malte, nous faisait supposer que cette infection y sévissait bien avant nos recherches.

Observation I. — Nous avons eu l'idée de rechercher parmi les courbes thermiques conservées dans nos hôpitaux si nous n'en trouvions pas quelqu'une présentant la marche souvent ondulante de la maladie que nous étudions. Dès le début de nos investigations (encore en cours), nous avons eu la bonne fortune d'en rencontrer une absolument caractéristique.

Elle se compose de 5 à 6 poussées fébriles échelonnées d'août à novembre 1908, — il a y donc un an et demi — variant comme durée de quelques jours à deux ou trois semaines, et séparées par des périodes apyrétiques de 1 à 8 jours ; ces ondes thermiques ne dépassent pas le plus souvent 38°5 et atteignent exceptionnellement 39°5 (température axillaire). La constatation de ces multiples rechutes nous permît à elle seule de porter le diagnostic de fièvre de Malte.



La lecture des quelques indications inscrites sur cette courbe nous confirmait dans cette opinion : tout d'abord la séro-réaction de Widal, qui fut par trois fois négative, et la séro-réaction des paratyphiques A et B, elle aussi négative ; ensuite le nombre considérable de purgations (tous les huit jours environ), preuve manifeste d'une constipation opiniâtre, signe important de la fièvre de Malte.

Forts de ces arguments, nous nous sommes mis à la recherche de ce malade, nous avons fini par le retrouver en excellente santé, fin février.

A défaut d'observation détaillée, nous avons très bien pu reconstituer son histoire, grâce à son récit et grâce aux souvenirs précis qu'en avait conservé M. le professeur agrégé Gaussel, suppléant le professeur Grasset pendant les vacances. Il s'agit d'un homme alors âgé de 50 ans

(1) Voir sur la fièvre de Malte, nos précédents travaux : Lagriffoul, Arnal et Roger : La fièvre de Malte dans l'Hérault, *Soc. Biol.*, 8 janv. 1910 et Fièvre de Malte et dothiénentérie, *Soc. Biol.*, 5 février 1910. — Roger : La fièvre de Malte (Rev. Gén.), *Gaz. des Hôp.*, 22 et 29 janvier 1910. — Lagriffoul, Mestrezat et Roger : Le liquide céphalorachidien dans la fièvre de Malte, *Soc. Biol.*, 18 févr. 1910. — Rauzier et Roger : Fièvre de Malte d'une durée de plus de 6 mois : association avec la dothiénentérie. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 28 janv. 1910 (in *Montpellier médical*, 8 avril 1910). — Lagriffoul et Roger : Un cas de fièvre de Malte à symptômes hépatiques prédominants, *Soc. sc. méd. de Montpellier*, 11 févr. 1910. — Lagriffoul et Roger : De l'endémicite de la fièvre de Malte dans la région méridionale ; Quelques cas diagnostiqués par la séro-réaction de Wright plusieurs années après leur guérison, *Soc. sc. méd. Montpellier*, 4 mars 1910. — Lagriffoul et Roger : La fièvre de Malte en France, *Acad. des sciences*, 21 mars 1910.

plâtrier, parmi les antécédents duquel nous ne trouvons que de l'éthylisme. A son entrée à l'hôpital, en août 1908, le début remontait à 4 ou 5 jours environ : il s'était fait d'une façon assez brusque par une violente céphalée et des phénomènes passagers d'excitation cérébrale, attribués tout d'abord par l'entourage à une insolation. Les principaux symptômes observés durant cette longue évolution furent — outre les rechutes qu'aucun écart de régime ne pouvait expliquer, puisque le régime lacté fut institué pendant plus de 100 jours — : la constipation que ne purent vaincre les purgations répétées, et les sueurs profuses obligeant le malade à changer de chemise deux à trois fois par nuit. Il n'y eut ni vomissements, ni douleurs abdominales, ni taches rosées. Le malade nous a lui-même fait remarquer ce fait qu'il fut, malgré sa longue maladie, le seul des typhoïsants (?) de la salle à n'avoir eu besoin d'aucune injection de tonicardiaque : la courbe nous indique un pouls atteignant à peine 100, 110, quand la température dépasse 39°5 et M. le professeur Gaussel se rappelle avoir attiré à plusieurs reprises l'attention des élèves sur ce cœur suffisant pleinement à sa tâche malgré la longue durée de l'infection, et surtout malgré l'âge relativement avancé du malade (50 ans). Il n'y eut pas d'albumine dans les urines et un peu de toux seulement au début. L'état général ne fut jamais gravement touché : au contraire, le malade était toujours euphorique et souriant.

Cette histoire ne s'arrête pas avec la fin de cette courbe. Le malade, envoyé, fin novembre, en convalescence, revint une dizaine de jours après à l'hôpital pour des douleurs siégeant au niveau des épaules et des omoplates. Quelque temps après, il s'en alla chez lui et y éprouva des douleurs lombaires gênant la marche et la flexion du tronc. Il présentait le soir quelques frissons et était la nuit encore tout baigné de sueurs. Il ne put reprendre son travail qu'en mars.

Voilà donc une maladie infectieuse qui, par sa courbe, par sa durée (plus de 3 mois de fièvre, 7 mois de maladie), par ses symptômes (constipation, sueurs profuses, douleurs à la convalescence) et l'absence de certains autres (pas de taches rosées, pas d'atteinte du myocarde, pas de tuphos, séro de Widal négatif) réalise tout le tableau de la fièvre de Malte.

Restait pour affirmer la nature méditerranéenne de ce cas à faire la séro-réaction de Wright : or, faite fin février 1908, elle a été nettement positive au 1/30 ; la séro-réaction de Widal fut négative.

Ce malade était, quand son infection débuta, dans un village des confins de l'Hérault et du Gard, Aubais, où nous avons eu récemment l'occasion de retrouver de la fièvre de Malte. Il ne buvait pas de lait de chèvre, mais aidait son propriétaire à soigner une chèvre, d'ailleurs bien portante, qui se trouvait dans la maison.

Observation II. — Nous rapprocherons de ce cas celui d'un garçon du laboratoire de physiologie, C. F..., âgé actuellement de 46 ans, n'ayant présenté antérieurement aucune autre maladie, et qui, il y a 4 ans, fut atteint d'une pyrexie qui revêtit la plupart des allures cliniques de la fièvre de Malte. La maladie dura du 16 octobre 1905 au 8 janvier 1906. Fièvre ondulante avec nombreuses rechutes, constipation opiniâtre, sueurs profuses, absence de taches rosées, tels furent les principaux symptômes observés. Le Dr Ardin-Delteil, actuellement professeur de clinique médicale à Alger, qui traitait le malade, pensa à la possibilité d'une fièvre de Malte ; mais à cette époque, la maladie était considérée comme n'existant pas pas dans notre région, et aucune recherche de laboratoire ne fut entreprise pour confirmer ce diagnostic. Le séro-diagnostic de Widal, pratiqué à plusieurs reprises par l'un de nous, donna un résultat négatif ; il en fut de même avec les paratyphiques A et B. Nous avons, au début de janvier 1910, 4 ans après la fin de la maladie, pratiqué chez cet homme le séro-diagnostic de Wright qui a été très nettement positif au 1/30 (1). Fait à noter, cet homme n'a jamais quitté la région méridionale et n'a point bu du lait de chèvre, aussi peut-on se demander s'il n'a pas été contaminé par quelqu'un des nombreux animaux qu'il avait l'habitude de soigner dans le laboratoire de physiologie.

Observation III. — Un étudiant en médecine, D. H., âgé de 19 ans, n'ayant dans ses antécédents qu'une tuberculose mésentérique et une rougeole dans son enfance, fait, fin janvier 1907, au cours d'une épidémie de grippe, 8 jours de fièvre assez intense sur laquelle la quinine n'a aucune action ; la convalescence paraît s'installer, quand surviennent des arthralgies qui pendant un mois visitent successivement le cou-de-pied, le genou, la hanche, l'épaule, le coude, le poignet et les doigts. Puis en mars, ce malade présente des accès fébriles survenant vers les 5 heures du soir avec frisson, chaleur et surtout sueurs très abondantes, accès pendant lequel la température ne dépasse pas 38°5.

La quinine, administrée à forte dose, n'a pas de prise sur ces accès qui n'empêchent pas d'ailleurs cet étudiant de vaquer à ses occupations habituelles : en dehors de cette fièvre, il ne présente d'autre symptôme que de la constipation. Fin août, sous l'influence d'un séjour à la montagne et d'une cure arsenicale, la fièvre disparaît. Depuis, le malade paraît avoir présenté une plus grande susceptibilité qu'auparavant vis-à-vis des diverses infections aiguës (oreillons, scarlatine et embarras gastrique fébrile d'une durée de 15 jours en juin 1908). Il se trouve actuellement bien portant. Nous avons fait, en mars dernier, avec son sang, le séro-diagnostic de Wright qui a été nettement positif au 1/30. Nous devons ajouter qu'un médecin qui avait vu ce malade en août 1907, à la fin de sa longue infection, avait déjà pensé à la fièvre de Malte.

La longue persistance, dans le sang de ces malades, du pouvoir agglutinatif pour le micrococcus melitensis nous a donc permis de faire le diagnostic rétrospectif de fièvre de Malte 4 ans, 1 an 1/2, 2 ans 1/2 après la fin de la maladie. Cette persistance est intéressante non seulement au point de vue biologique, mais au point de vue pratique.

Un sujet a présenté, il y a quelques mois, un an, deux ans, une infection fébrile de longue durée qui l'a fait suspecter soit de paludisme, soit de tuberculose, à une époque où l'on ne parlait pas chez nous de fièvre de Malte : il n'est pas indifférent pour lui qu'un séro de Wright positif vienne aujourd'hui lever ces soupçons de paludisme et surtout de bacillose (2). Une séro-réaction négative ne permettrait pas aussi facilement d'éliminer la fièvre méditerranéenne ; car s'il est des cas où la séro-réaction peut persister 10 ans après la maladie (Eyre), il en est beaucoup d'autres où la persistance n'est pas aussi longue : chez trois malades que nous avons observés il y a trois ans dans un petit village de la banlieue de Montpellier, et qui, par leur fièvre traînante, leur constipation, leurs sueurs, nous paraissent avoir bien été de la fièvre de Malte, la séro-réaction faite ces jours-ci a été négative au 1/30. En tout cas il est important de savoir que cette séro-réaction permet

(1) Lagriffoul et Roger. — Persistance de la réaction agglutinante dans la fièvre de Malte. *Soc. Biol.*, 15 janvier 1910.

(2) Il faut toutefois compter avec les associations possibles de fièvre méditerranéenne avec le paludisme (Craig), la tuberculose (Critien, Lemaire et Dumolard).

à peu près toujours d'élucider le diagnostic, non seulement de cas en évolution, mais de cas terminés assez récemment, depuis un an ou un peu plus d'un an, comme nous avons pu le faire pour l'épidémie de St-Bauzille-de-Montmel.

Il est important encore à un autre point de vue de connaître la persistance possible de ce pouvoir agglutinant : lorsqu'au début d'une infection, on a un séro de Wright positif, il faut rechercher, avant de conclure à la fièvre de Malte, si, antérieurement, une ou plusieurs années auparavant, le malade n'a pas présenté les symptômes de cette infection.

Ces trois cas et bien d'autres pour lesquels nous n'avons pu encore faire la séro-réaction sont en outre la preuve que la fièvre de Malte existait déjà depuis longtemps dans notre région. Nos deux premiers malades n'avaient jamais quitté les environs de Montpellier ; le troisième avait bien fait un séjour de plusieurs années à Alger, mais il avait quitté cette ville depuis quatre mois quand il est tombé malade (1).

La fièvre de Malte est donc endémique, et depuis assez longtemps, chez nous. Si elle a passé inaperçue, c'est à cause des formes multiples qu'elle revêt : nos deux premiers malades présentaient bien le type classique, mais notre troisième à fait une forme intermittente et ambulatoire. Des cas que nous observons actuellement prennent assez souvent les apparences d'une grippe, d'une fièvre typhoïde, d'un début de bacillose, d'une infection hépatique et auraient été auparavant étiquetés comme tels (2).

Quelques points de l'anatomie de la cavité des épiploons chez l'adulte ;

(*Suite et Fin*) (3)

Par G. PIQUAND,
Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

A sa partie supérieure, la bourse gastro-spléno-pancréatique est limitée par plusieurs ligaments qui unissent l'estomac à la paroi abdominale postérieure et qui circonscrivent entre eux des orifices conduisant dans les deux loges supérieures de l'arrière-cavité. Ces ligaments sont au nombre de trois : faux de l'hépatique, faux de la coronaire et repli gastrique postérieur.

La faux de l'hépatique, ou ligament pancréatico-duodénal (figure 5 et 7), affecte la forme d'un triangle dont la base répond à la paroi abdominale postérieure, depuis la bifurcation du tronc cœliaque jusqu'au côté gauche de la veine cave, son sommet vient se perdre sur la face postérieure du duodénum, à gauche de la veine porte, à 2 ou 3 centimètres à droite du pylore ; son bord droit oblique en arrière et à droite, se continue avec le bord inférieur de l'hiatus de Winslow, dont il est séparé par une dépression presque toujours bien marquée ; son bord gauche, libre, se porte obliquement d'arrière en avant et de gauche à droite de la bifurcation du tronc cœliaque à la face postérieure du duodénum; tantôt ce bord est épais et répond exactement à la première portion de l'artère hépatique, tantôt il est mince et situé à 1 ou 2 centimètres en dedans de l'artère.

En arrière, au niveau du tronc cœliaque, le ligament se continue avec la faux de la coronaire ; en avant, au niveau du duodénum, il est souvent prolongé vers le pylore par un deuxième repli situé un peu au-dessus et déterminé par la présence de l'artère pylorique, ce bord libre est séparé de celui de la faux de la coronaire par le foramen busarum omentalium de Huschke.

La face supérieure de la faux de l'hépatique, légèrement concave, regarde directement en haut ; sa face intérieure, beaucoup moins étendue, regarde obliquement en bas et à gauche ; souvent elle présente un aspect irrégulier dû à la présence de plusieurs petits replis séreux qui s'en détachent pour se porter sur le pancréas comme nous l'avons vu plus haut ; parfois la faux de l'hépatique se prolonge en

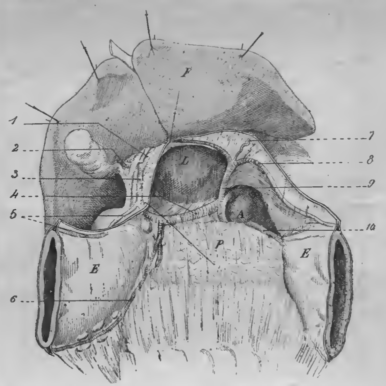


Fig. 5. — L'épiploon a été sectionné au niveau de ses insertions coliques, et l'estomac, complètement renversé de façon à montrer la porte principale de l arrière-cavité et les orifices qui conduisent dans les loges sous-hépatiques et gastro-phéniques.

E, Estomac. F, Foie. R, Rate. I, Côlon transverse ; 8, Pancréas.

1, Artère coronaire gastrique avec la faux de la coronaire ; 3, repli péritonéal prolongeant vers la droite la faux de la coronaire ; 2. foramen conduisant dans la bourse sous-hépatique.

5, Artère et repli gastriques postérieurs, l'artère gastrique postérieure fournit une branche splénique qui soulève le péritoine en un nouveau repli rétrécissant en avant l'orifice d'entrée de la bourse gastro-phrénique.

6, Orifice d'entrée de la bourse gastro-phrénique.

L. diverticule médian limité par la faux de la coronaire à droite et le ligament gastrique postérieur à gauche.

bas et à gauche par des lames et des replis séreux résultant d'un accolement plus ou moins complet de la première portion du duodénum et du pylore au péritoine.

La faux de la coronaire (ligament gastro-pancréatique de Huschke), toujours plus développée, nous a paru présenter habituellement une disposition assez différente de celle indiquée par la plupart des auteurs. De forme triangulaire, ce

(1) Pour ce qui concerne l'étiologie de ces divers cas, nous retrouvons pour le premier l'étiologie classique : contact journalier avec une chèvre ; — pour le second, le garçon de laboratoire, nous nous sommes demandé s'il n'a pas été contaminé par quelque animal de laboratoire (mouton, chien) : nous avons en effet montré, au cours de l'épidémie de St-Bauzille-de-Montmel, que d'autres animaux que les chèvres et surtout les moutons pouvaient transmettre la maladie ; — Quant à l'étudiant, il ne buvait pas de lait de chèvre, ne mangeait pas de fromage frais : nous ignorons quel a été le mode de contagion.

(2) Notre travail était en cours d'impression quand nous avons pris connaissance par une analyse du *Centralblatt für Bakteriologie*, mars 1910 d'un travail de Mac Naught paru dans le *Journ. of. Roy. Army. med. Corps*, 1909, n° 4, sous le titre de « Maltafever and simple continued fever : the serum reaction and retrospective diagnosis ». Pour cet auteur, bon nombre de cas de fièvres continues contractées dans le bassin méditerranéen ne seraient autres que des fièvres de Malte : sur 14 sujets ayant eu antérieurement une infection fébrile dans ces contrées, il a trouvé 7 fois la séro-réaction de Wright nettement positive, et a pu ainsi retrospectivement porter le diagnostic de fièvre de Malte.

(3) Voir le dernier numéro.

ligament s'insère sur la paroi abdominale postérieure suivant une ligne oblique en haut et à gauche qui longe la portion ascendante de l'artère coronaire; souvent cette insertion se prolonge en bas au-dessous de l'origine de la coronaire jusque sur la face antérieure du pancréas ; en avant, le bord antérieur du ligament s'insère sur le bord droit de l'œsophage, puis sur la portion verticale de la petite courbure de l'estomac ; au point où cette courbure change de direction, il continue son trajet obliquement descendant et vient se terminer sur la face postérieure de l'estomac, à 3 ou quatre centimètres au-dessous de la petite courbure ; la base du ligament semi-lunaire flotte librement entre le pancréas et la face postérieure de l'estomac. Ainsi constituée, la faux de la coronaire constitue une cloison presque verticale à laquelle on peut considérer deux faces : lorsque l'estomac est dans sa position normale, la face postérieure et gauche, regardant presque directement en arrière, s'applique contre le pancréas, la face antérieure droite regardant presque directement en avant s'applique en haut contre la face postérieure de l'épiploon gastro-hépatique, plus bas contre la face postérieure de l'estomac. Lorsque l'estomac est renversé pour découvrir la cavité des épiploons, la faux de la coronaire modifie beaucoup sa direction, et tend à former une cloison très oblique tendue entre l'estomac et la paroi postérieure de l'arrière-cavité.

Les dimensions de ce ligament et ses rapports avec l'artère coronaire sont extrêmement variables: parfois la faux est courte, constituant un simple méso à l'artère coronaire qui occupe exactement son bord libre ; d'autres fois, la faux, beaucoup plus large, déborde fortement vers la droite l'artère coronaire qui est placée entre ses deux feuillets à une distance plus ou moins grande de son bord libre. Cette dernière disposition, déjà signalée par Durand (1) et récemment par Garnier (2), nous paraît de beaucoup la plus fréquente ; sur presque tous les sujets, en effet, nous avons trouvé la crosse de la coronaire à plusieurs centimètres (2 à 7) du bord libre du repli ligamenteux qui la contenait. Dans ces conditions, on peut distinguer deux portions à ce ligament : 1° La portion supérieure, presque verticale, s'étend jusqu'au niveau de l'artère coronaire ; relativement épaisse, formée de deux feuillets séreux séparés par du tissu celluleux, des vaisseaux et des nerfs, elle continue en quelque sorte la pars condensa de l'épiploon gastro-hépatique et mérite seule le nom de faux de la coronaire ; 2° la partie inférieure, beaucoup plus oblique, s'étend du trajet de la coronaire au bord libre et mérite le nom de ligament pancréatico-gastrique ; d'étendue très variable, cette deuxième portion se présente ordinairement sous forme d'une mince lame séreuse qu'on ne peut séparer en deux feuillets, elle s'insère en arrière sur la face antérieure du pancréas suivant une ligne oblique en bas et à droite, en avant sur la face postérieure de l'estomac, suivant une ligne également oblique ; son bord supérieur gauche répond à la crosse de l'artère coronaire, son bord inférieur droit s'étend librement du pancréas à l'estomac et limite à gauche le foramen busarum omentalium. De ses deux deux faces, l'une regarde en avant, à droite et en haut, l'autre en arrière, à gauche et en bas ; celle-ci est presque toujours très irrégulière, donnant naissance à de petits plis séreux qui se portent sur le pancréas ; parfois un ou plusieurs de ces replis sont assez développés, formant de véritables lames séreuses qui limitent entre elles des diverticules plus ou moins profonds et indiquent un commencement d'accolement de la partie supérieure de la bourse épiploïque.

(1) Durand. — Disposition du péritoine sur l'estomac et particulièrement au niveau du cardia. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1894, 2e série, XXXI, n° 20.)

(2) Garnier. — Comptes rendus de l'Association des anatomistes, 1909, p. 162.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'étendue du ligament pancréatico-gastrique est extrêmement variable : d'ordinaire il mesure de 2 à 5 centimètres de hauteur, parfois il n'existe pour ainsi dire pas, parfois au contraire il se prolonge très bas, surtout en arrière, sur la face antérieure du pancréas, où il peut même descendre jusqu'au niveau de l'insertion du méso-côlon transverse. Le développement de ce ligament, qu'on ne rencontre guère que chez l'adulte, nous paraît en rapport avec la présence de la branche de la coronaire qui descend sur la face postérieure de l'estomac, soulevant la séreuse en un repli qui prolonge la faux de la coronaire ; ce repli s'agrandit sous l'influence des mouvements de réplétion de l'estomac, tantôt il reste indépendant, tantôt et plus souvent il s'accole en arrière et se soude au péritoine pancréatique.

La faux de la coronaire ainsi prolongée par cette lame pancréatico-gastrique et la faux de l'hépatique limitent entre elles l'orifice (foramen bursae omentalis) qui fait communiquer la partie principale de l'arrière-cavité avec la loge supérieure droite ou bourse sous-hépatique. Ce foramen présente une forme et des dimensions très variables suivant le développement des ligaments qui le limitent ; lorsque la faux de la coronaire est peu développée, ne dépassant que peu ou pas la crosse de l'artère, le foramen affecte la forme d'un orifice ovale, allongé dans le sens transversal, où il mesure de 5 à 7 centimètres et regardant obliquement en haut et à droite. Lorsque la faux de la coronaire se prolonge au-delà de la crosse de l'artère par une lame gastro-pancréatique bien développée, le foramen est remplacé par un véritable canal séreux, parfois long de plusieurs centimètres ; ce canal présente la forme d'un entonnoir qui va en se rétrécissant de haut en bas ; quelquefois il est divisé en deux par une bride séreuse, parfois même, lorsqu'une lame gastro-pancréatique bien développée coïncide avec un accolement exagéré du diverticule droit du sac épiploïque, les deux formations peuvent arriver au contact, fermant complètement la partie inférieure du foramen en sorte qu'il est impossible de passer de la portion principale de l'arrière-cavité dans la loge sous-hépatique.

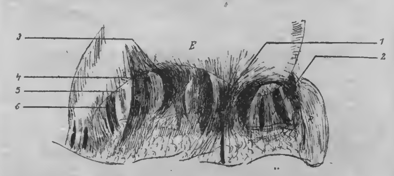


Fig. 6. — Accolements très étendus diminuant beaucoup les diverticules de l'arrière-cavité et rétrécissant leurs orifices d'entrée.

E, Estomac, R, Rate.

1, Ligament gastrique postérieur très épais et unissant largement la paroi postérieure de l'estomac au fond de l'arrière-cavité.

2, Ligaments cloisonnant la loge gastro-phrénique.

3, Faux de la coronaire, au-dessous de laquelle on voit une large bride qui descend vers le pancréas.

4, Ligament gastro-pancréatique très étendu, prolongeant à droite et en bas la faux de la coronaire.

5, Bride cloisonnant le foramen bursœ omentalis.

6, Faux de la coronaire très développée et prolongée à droite et en bas par des faisceaux d'accolement secondaire.

Le ligament gastrique postérieur est situé à gauche de la faux de la coronaire, dont le sépare le relief de la colonne vertébrale ; sa formation est déterminée par la présence d'une

artère presque toujours assez volumineuse que la splénique envoie à la face postérieure de l'estomac ; de forme triangulaire,on peut lui considérer 3 bords et 2 faces : le bord postérieur s'insère en arrière sur le bord supérieur du pancréas, et au-dessus sur le pilier gauche du diaphragme ; à son niveau, les 2 feuillets qui constituent le ligament gastrique postérieur s'écartent l'un de l'autre à mesure qu'on remonte plus haut,de sorte que leur insertion est séparée par un triangle à base supérieure. Le bord antérieur du ligament,oblique en bas et à gauche, se fixe sur la face postérieure de l'estomac. Sa base très fortement concave flotte librement et se porte d'arrière en avant et de droite à gauche, sa corne postérieure se perdant sur le pancréas au point où l'artère splénique croise le bord supérieur de la glande, sa corne antérieure se portant plus ou moins loin en bas et à gauche sur la face postérieure de l'estomac ; assez souvent elle se prolonge en un repli qui accompagne une branche que l'artère gastrique postérieure envoie à l'extrémité supérieure de la rate.

Des deux faces du ligament, l'une, légèrement convexe, regarde en avant, à droite et un peu en bas, elle s'applique contre la face postérieure de l'estomac et répond à un cul-de-sac séreux qui la sépare de la faux de la coronaire, l'autre face légèrement concave regarde en arrière, à gauche et un peu en haut, et répond à la bourse gastro-phrénique (fig. 3).

Bien qu'il nous semble à peu près constant chez l'adulte, le ligament postérieur n'a guère été décrit jusqu'ici à notre connaissance ; cependant nous trouvons son insertion indiquée sur plusieurs des planches de Fredet ; récemment Garnier l'a certainement vu et même représenté comme un prolongement de la faux de la coronaire : sans doute le ligament, dont la disposition est extrêmement variable, peut dans certains cas s'unir à la faux de la coronaire et en paraître une simple dépendance, mais presque constamment nous avons trouvé ces deux formations séparées par un diverticule profond s'étendant au-devant de la colonne vertébrale et nous croyons qu'elles ont une signification embryologique différente, l'une représentant la portion du méso primitif qui renferme l'artère coronaire, l'autre répondant à la portion de ce méso qui contient la branche ascendante de l'artère gastro-splénique ; cette dernière origine se trouve d'ailleurs démontrée par les faits où cette artère présente une volumineuse branche destinée au pôle supérieur de la rate et qu'accompagne un prolongement du ligament gastrique postérieur.

Ce ligament à droite, la face postérieure de l'estomac en avant,la partie supérieure des ligaments gastro et pancréatico-splénique à gauche, le bord supérieur du pancréas en arrière,limitent un orifice qui fait communiquer la partie principale de l'arrière-cavité avec son diverticule supérieur gauche ou bourse gastro-phrénique. Cet orifice, comparable de tous points au foramen bursarum omentalium, présente une forme assez régulièrement arrondie, et regarde directement en haut ; ses dimensions sont d'ordinaire un peu supérieures à celles du foramen de Huschke, mais souvent il est rétréci par plusieurs repris séreux ; en avant dans environ la moitié des cas, il est plus ou moins diminué par le prolongement séreux qui accompagne la branche splénique de l'artère gastrique postérieure ; au-dessous de ce prolongement, on trouve presque toujours, à la partie supérieure du méso-gastro-splénique, un autre repli séreux beaucoup moins marqué et déterminé par la présence d'une artère qui va de la branche supérieure de la splénique à la grosse tubérosité de l'estomac ; ce repli, qui décrit une courbe à concavité droite,rétrécit plus ou moins fortement l'orifice d'entrée de la loge gastro-phrénique. De même au niveau de l'épiploon pancréatico-splénique,on peut trouver des replis saillants déterminés par le passage d'anastomoses entre les artères diaphragmatiques et spléniques ; ces replis, habituellement peu développés, peuvent dans quelques cas être assez marqués pour cloisonner la partie inférieure de la loge gastro-phrénique.

La paroi supérieure de la loge gastro-spléno-pancréatique (partie principale de l'arrière-cavité des épiploons) nous offre ainsi à considérer, en allant de droite à gauche.

1° La face inférieure de la faux de l'hépatique.

2° La face inférieure de la faux de la coronaire et de son prolongement gastro-pancréatique ;

3° Le bord inférieur du ligament gastrique postérieur ;

4° La partie supérieure des ligaments gastro et pancréatico-spléniques (ligament gastro-phrénique) avec un ou plusieurs petits replis péritonéaux soulevés par des vaisseaux ;

5° Entre la faux de l'hépatique et la faux de la coronaire, le foramen bursarum s'ouvrant dans la loge sous-hépatique ;

6° Entre le ligament gastrique postérieur et les replis détachés du ligament gastro-phrénique, l'orifice qui fait communiquer la partie principale de l'arrière-cavité avec la loge gastro-phrénique ;

7° Entre la faux de la coronaire et le ligament gastrique postérieur,un diverticule assez large qui s'enfonce au-devant de la colonne vertébrale et prolonge à ce niveau la loge gastro-spléno-pancréatique. Ordinairement ce diverticule est peu profond, quelquefois cependant il se prolonge assez haut en se rétrécissant rapidement, et peut même exceptionnellement s'étendre jusque derrière l'œsophage.

3° Loge sous-hépatique. — Cette loge est désignée par la plupart des auteurs depuis Huschke sous le nom de vestibule de l'arrère-cavité, dénomination qui nous paraît mauvaise, car elle prête à confusion avec l'entonnoir qui précède l'hiatus de Winslow et qui constitue le véritable vestibule ; aussi nous préférons l'appeler loge sous-hépatique, ou loge sous-spiégélienne.

En avant, cette loge est limitée par le lobe de Spiegel et par l'épiploon gastro-hépatique ; le lobe de Spiegel présente d'abord sa face postérieure verticalement descendante, puis sa face inférieure moins étendue, presqu'horizontale ; l'épiploon gastro-hépatique appartient à la loge par sa pars flaccida tout entière et par la partie supéro-interne du ligament hépato-duodénal ; sa direction est très variabe, lorsque l'estomac est abaissé il descend verticalement continuant la direction de la portion verticale du lobe de Spiegel, lorsque l'estomac est en position normale il se porte presqu'horizontalement en arrière formant une mince cloison sur laquelle repose la face inférieure du lobe de Spiegel.

La cavité sous-hépatique présente alors sur une coupe sagittale la forme d'un L avec une portion verticale située en arrière, une portion horizontale située au-dessous du lobe de Spiegel. Assez fréquemment, le péritoine qui tapisse la face inférieure du foie forme au-dessous et en avant du lobe de Spiegel un petit repli triangulaire (ligament sous-spiégélien d'Ancelle et Sencert) qui limite un petit diverticule de la loge sous-hépatique : ce diverticule affecte la forme d'un triangle dont la base s'ouvre largement vers la droite et dont le sommet se prolonge à gauche et en arrière jusqu'au sillon du canal veineux.

En arrière, la loge sous-hépatique gauche répond à la région cœliaque ; celle-ci, limitée à droite par le relief de la veine-cave, à gauche par le relief de l'œsophage, présente à sa partie moyenne une profonde dépression verticale comblée par l'aorte et le pilier droit du diaphragme avec l'origine du tronc cœliaque et des diaphragmatiques inférieur, de nombreux lymphatiques, de nombreux nerfs, branches du pneumogastrique droit, des phréniques et des splanchniques ; le tout, noyé dans un tissu celluleux très serré, est recouvert par le péritoine qui forme le fond de la bourse sous

hépatique ; en bas ce revêtement péritonéal descend jusqu'à une ligne oblique en bas et à droite répondant aux portions pariétales de la coronaire gastrique puis de l'hépatique, et là se continue avec le feuillet supérieur des ligaments qui limitent le foramen bursarum omentalium ; en haut, il remonte jusqu'à la partie supérieure du lobe de Spiegel, et là se refléchit pour se continuer avec le péritoine qui tapisse la face postérieure de ce lobe.

A gauche, la paroi de la loge sous-hépatique gauche estformée de deux parties distinctes: une partie antérieure est constituée par la pars condensa de l'épiploon gastro-hépatique tendue très obliquement du sillon du canal d'Arantius au bord droit de l'œsophage et à la partie verticale de la petite courbure, cette pars condensa constitue ainsi une cloison qui dirigée presque directement d'avant en arrière en haut, devient très fortement oblique à gauche et en arrière au niveau de son insertion inférieure. En arrière de la pars condensa, la loge sous-hépatique gauche est limitée par une cloison séreuse tendue obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière du bord de l'œsophage et du cardia à la face antérieure de l'aorte ; cette cloison étant formée en bas par la partie supérieure de la faux de la coronaire, en haut par le ligament œsophagophrénique droit : celui-ci affecte la forme d'un triangle, son bord antérieur et gauche se fixe sur le bord droit de l'œsophage en se recontinuant avec le feuillet postérieur de la pars condensa de l'épiploon gastro-hépatique, son bord postérieur se continue avec le péritoine qui tapisse le fond de la bourse sous-hépatique gauche, son sommet avec le feuillet inférieur du ligament coronaire, sa base, dirigée en bas, se continue avec la faux de la coronaire au point où cette artère change de direction pour se porter vers la petite courbure de l'estomac.

A droite la loge répond au flanc gauche de la veine cave, puis à l'hiatus de Winslow par lequel elle communique avec l'espace sous-phrénique postérieur droit, enfin au relief formé à la face postérieure du ligament hépato-duodénal par le flanc gauche de la veine-porte.

En haut, la loge est limitée par le péritoine se réfléchissant de la partie supérieure du lobe de Spiegel sur le diaphragme pour former le feuillet inférieur du ligament coronaire entre l'œsophage et la veine-cave; à ce niveau les deux feuillets du ligament coronaire sont au contact l'un de l'autre formant une mince barrière séreuse qui seule sépare la bourse sous-hépatique de l'espace sous-phrénique gauche supérieur, de sorte que si on introduit l'index droit dans la bourse souhépatique, et qu'en même temps on aille avec l'index gauche par-dessus le foie déprimer le ligament coronaire à gauche de la veine cave, les deux doigts arrivent presqu'au contact l'un de l'autre et ne sont séparés que par deux feuillets péritonéaux accolés, il peut même y avoir à ce niveau une perforation faisant communiquer directement les deux espaces sous-phréniques gauche.

La hauteur à laquelle se réfléchit le péritoine pour limiter ainsi le fond de la bourse sous-hépatique gauche varie suivant les sujets ; en général, elle répond au neuvième ou au huitième espace interscostal.

En bas, enfin, la loge sous-hépatique gauche, comme nous l'avons vu, répond à la faux de la coronaire et à la faux de l'hépatique qui la séparent de la partie principale de la cavité des épiploons avec laquelle elle communique largement par le foramen bursarum omentalium.

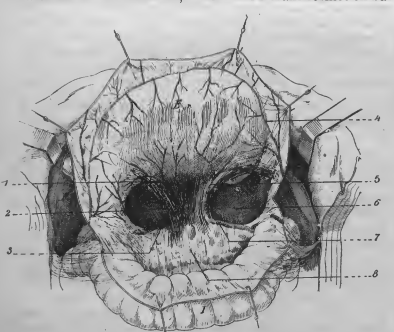
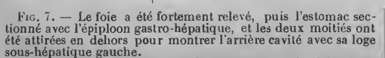



Fig. 7. — Le foie a été fortement relevé, puis l'estomac sectionné avec l'épiploon gastro-hépatique, et les deux moitiés ont été attirées en dehors pour montrer l'arrière cavité avec sa loge sous-hépatique gauche.

1, 2, 3, éléments du pédicule hépatique ; 4, artère hépatique soulevant le péritoine en un ligament (faux de l'hépatique) qui limite du côté droit le foramen bursæ omentalis. 8 et 9, artère coronaire gastrique avec la faux de la coronaire dont la forme et la direction sont notablement modifiées par le déplacement de l'estomac.

F. Foie. E. Estomac. 4. Lobe de Spiegel. A, cavité.



Fig. 8. — Paroi postérieure de l'arrière-cavité après enlèvement de l'estomac et du foie, les insertions des ligaments péritonéaux qui unissent ces viscères à la paroi abdominale postérieure ayant été conservées de manière à bien montrer la séparation des différents diverticules de la cavité épiploïque.

A, loge sous-hépatique ; B, diverticule médian limité par les insertions de la faux de la coronaire et du ligament gastrique postérieur ; C, loge gastro-phénique.

1, diaphragme ; 2, veine cave ; 3, tronc cœliaque ; 4, artère hépatique ; 5, veine porte ; 6, cholédoque ; 7, duodénum ; 9, estomac coupé près du cardia ; 10, rate ; 11, artère splénique ; 12, pancréas.

8, Insertion du sac épiploïque ; à droite et à gauche de cette insertion les diverticules latéraux du sac épiploïque comblés par accolement secondaire sont indiquées par une teinte plus foncée. De même à gauche du ligament gastrique postérieur, au-dessous de la faux de la coronaire et de la faux de l'hépatique, les régions où se font fréquemment des accolements secondaires sont indiquées par une teinte plus foncée.

4° Loge gastro-phrénique. — Par l'orifice que circonscrivent le ligament gastrique postérieur et la partie supérieure des ligaments gastro et pancréatico-splénique, la partie principale de l'arrière-cavité communique avec un diverticule qui s'enfonce sous la partie gauche et postérieure du diaphragme et qui mérite en raison de ses rapports le nom de loge ou de bourse gastro-phrénique, il constitues un cul-de-sac large et profond situé le long du flanc gauche de la colonne vertébrale, entre l'estomac et le diaphragme.

Cette loge répond : en avant à la face postérieure de la grosse tubérosité de l'estomac depuis une ligne horizontale passant par le bord inférieur du ligament gastrique postérieur jusqu'à l'insertion du ligament phrénico-gastrique.

En arrière elle répond au bord supérieur du pancréas, à la partie supérieure du rein gauche, à la capsule surrénale et à la partie postérieure du diaphargme le tout étant séparé du péritoine pariétal par un fascia fibreux représentant l'accolement du péritoine pariétal primitif avec le feuillet gauche du mésogastre postérieur. Le péritoine qui recouvre ce fascia d'accolement se continue en bas avec le péritoine qui tapisse la face antérieure du pancréas, à gauche avec le feuillet correspondant du ligament gastrique postérieur, en haut et à droite avec le feuillet inférieur du ligament gastro-phrénique.

A gauche la loge répond d'abord à la face interne de la rate et au cul-de-sac formé par la partie toute supérieure des ligaments gastro et pancréatico-phrénique. Au-dessus du hile de la rate le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-splénique et le feuillet antérieur de l'épiploon pancréatico-splénique se réunissent pour former le feuillet inférieur du ligament gastro-phrénique ; le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-splénique et le feuillet postérieur du ligament pancréatico-splénique se réunissent de même pour former le feuillet supérieur du ligament gastro-phrénique. Ainsi constitué, ce ligament présente un trajet assez variable : tantôt il remonte jusqu'au sommet de la rate en lui adhérant et constitue le ligament suspenseur de la rate, tantôt et plus souvent il abandonne la rate au-dessus du hile et se porte de l'estomac au diaphragme, depuis la rate jusqu'au cardia, en décrivant une courbe à concavité dirigée à droite et en bas, ses deux feuillets, d'abord accolés, s'écartent progressivement à mesure qu'ils se rapprochent du cardia laissant une partie plus ou moins importante de la face postérieure de l'estomac dépourvue de péritoine ; arrivé près du cardia, le feuillet supérieur se continue avec le ligament œsophago-phrénique gauche, le feuillet inférieur avec la partie gauche du ligament gastrique postérieur.

La largeur de ce ligament gastro-phrénique est très variable suivant les sujets, entraînant des variations considérables dans la mobilité de la grosse tubérosité de l'estomac : en général, le ligament est d'autant plus large que ses deux feuillets sont plus rapprochés ; constamment, d'ailleurs, sa largeur va en diminuant de gauche à droite en sorte qu'au-dessus du hile de la rate, le ligament est large, mesurant en moyenne deux travers de doigt, surtout quand il n'y a pas eu accolement du ligament pancréatico-splénique, tandis que dans le voisinage du cardia, la largeur du ligament gastro-phrénique devient presque nulle ; on peut donc dire que la largeur du ligament gastro-phrénique est en raison inverse de l'espace qui sépare ses deux feuillets.

A droite, la loge gastro-phrénique se trouve ainsi limitée par le feuillet gauche du ligament gastrique postérieur se continuant en arrière avec le péritoine pariétal, en avant avec le péritoine qui tapisse la face postérieure de l'estomac, en haut avec la lame inférieure du ligament gastro-phrénique.

En haut, la loge est séparée de l'espace sous-phrénique gauche antérieur par les deux feuillets du ligament gastro-phrénique. L'étendue de l'espace qui sépare les deux feuillets de ce ligament est très variable ; chez les jeunes sujets, il est presque nul, en sorte que les deux feuillets accolés constituent entre la loge gastro-phrénique et l'espace sous-phrénique gauche une mince barrière séreuse que franchit aisément une collection purulenté. Chez les sujets adultes, par suite d'accolement secondaire, il y a d'ordinaire entre les deux feuillets un espace triangulaire dont la base, dirigée vers le cardia, mesure de 2 à 5 centimètres.

La profondeur de la loge gastro-phrénique dépend naturellement de l'étendue de cet espace interligamentaire : lorsque cet espace est nul et que les deux feuillets du ligament gastro-phrénique sont accolés, la loge gastro-phrénique remonte sous la face postérieure du diaphragme presqu'aussi haut que la tubérosité de l'estomac, c'est-à-dire jusqu'au niveau de la huitième côte ; lorsque par suite d'accolement l'insertion du feuillet inférieur du ligament gastro-phrénique s'est abaissée, la profondeur de la loge gastro-phrénique diminue d'autant, et souvent elle ne dépasse pas le niveau de la neuvième côte.

Parfois même il se fait un accolement secondaire beaucoup plus étendu unissant la plus grande partie de la grosse tubérosité de l'estomac au péritoine diaphragmatique, en sorte que la loge gastro-phrénique disparaît presque complètement ; presque toujours d'ailleurs, cet accolement est incomplet. aboutissant à la formation d'un grand nombre de brides et de replis tendus de la grosse tubérosité de l'estomac au péritoine, et divisant la loge gastro-phrénique en une série de diverticules à dispositions très irrégulières (figure 6).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La crise de l'agrégation (1)

On a beaucoup parlé depuis quelques années de la crise de l'agrégation : les professeurs, les agrégés, les ministres, les journalistes, les hommes d'Etat, les praticiens, s'en sont successivement occupés : mais parmi les différents points de vue envisagés tour à tour, il semble que le point de vue des étudiants ait été bien peu considéré. C'est pour combler cette lacune que l'*Association corporative des étudiants en médecine de Bordeaux* avait prié le professeur agrégé Verger d'exposer, mercredi 4 mai au soir, à l'Athénée municipal, dans une conférence présidée par le doyen Pitres, ce côté de la question.

La Corporative de Bordeaux, bien qu'ayant fait beaucoup moins de bruit que son homonyme de Paris, paraît avoir jusqu'ici travaillé avec plus de succès pour le bien de ses membres et celui de la médecine en général. En quelques mois, elle a réussi à grouper presque tous les étudiants en médecine de l'université girondine, et à la suite de démarches fructueuses auprès du Corps de la Faculté et du Corps des hôpitaux, a été assez heureuse pour obtenir des avantages justifiés et faire disparaître certains abus. S'efforçant, selon son programme, « de mettre plus de lumière et plus de justice dans les rouages techniques ou administratifs à la Faculté et à l'hôpital, elle recherche, loin de les ignorer, les questions qui ont pour but d'élever le niveau intellectuel et moral de la corporation ». La question de l'agrégation ne pouvait donc la laisser indifférente : et si l'on en juge par le nombre com-

(1) (Conférence du professeur agrégé H. Verger).

pact des auditeurs accourus à son appel, on peut dire qu'elle n'a pas été trompée dans ses espérances.

Le professeur Pitres, en ouvrant la séance, se déclare charmé de voir la jeunesse actuelle se grouper pour défendre ses droits et appeler l'attention universitaire sur ses désirs ou ses griefs. « J'écouterai toujours avec la plus large bienveillance, ajoute-t-il, les revendications des étudiants, non pas pour leur donner satisfaction nécessairement, mais pour étudier avec eux la possibilité de réaliser leurs légitimes aspirations. On ne change pas, d'un seul coup, de longues traditions, on ne transforme pas un budget du jour au lendemain ; il y a à surmonter mille difficultés que la théorie ne prévoit pas et que la pratique soulève à chaque instant. Voyez ce qui arrive, par exemple, pour cette question de l'agrégation : il faut tenir compte des droits acquis des anciens agrégés, de ceux des nouveaux qui sont encore en exercice, de ceux des futurs agrégés qui ont depuis de longues années préparé leur nomination éventuelle ; les étudiants, de leur côté, ne peuvent se désintéresser d'une question qui met en jeu le mode d'enseignement ; les praticiens ont aussi leur point de vue à défendre ; il y a enfin, par dessus tout, l'autorité morale de la patrie qui commande de ne pas sacrifier quelques intérêts particuliers à l'intérêt supérieur de la nation. »

Le professeur agrégé Verger prend alors la parole et après avoir rendu justice à l'esprit calme, sage, froid des étudiants bordelais qui constituent « le milieu de pondétion idéal », il délimite en quelques mots le sujet qu'il va traiter.

« Nous pouvons partir de ce fait indubitable, dit-il, que l'agrégation en médecine, telle qu'elle est constituée actuellement, est en état de crise. Il y a deux remèdes proposés : ou supprimer le concours et le remplacer par le privat-docentisme, ou réformer le concours. Pour discuter la valeur respective de ces deux remèdes, je me demanderai quel est celui qui sauvegardera le mieux les intérêts des étudiants, c'est-à-dire de ces *consommateurs d'enseignement*, selon le mot pittoresque de Sorel : ce sera là mon criterium ».

Verger montre ainsi, après avoir rappelé en quoi consistent les épreuves de nomination et les fonctions du privat-docent, que l'étudiant n'aurait rien à gagner à être éduqué par un tel maître. Le privat-docent, en effet, nommé sur *choix*, est avant tout à la discrétion du titulaire ; il se préoccupe donc de lui plaire : c'est sa première fonction pratique. Les cours qu'il fait, le texte des leçons qu'il choisit lui sont imposés, en ce sens qu'il ne peut les faire qu'avec l'approbation de son supérieur ; l'intérêt des élèves est donc relégué au second plan. De plus, le privat-docent n'a aucune autorité morale vis-à-vis des étudiants : non seulement parce qu'il est payé par eux, d'ailleurs de façon dérisoire, mais parce qu'il ne fait jamais passer d'examens, ne remplace pas les professeurs, ne fait pas partie de l'assemblée de la faculté, et surtout parce que, la plupart du temps sans ressources, il vit comme un véritable paria. Comme le dit justement Verger, « pour être un privat-docent, il faut commencer par être riche. »

Pour ces différentes raisons, il est clair que le système du privat-docentisme, comme mode d'enseignement, serait bien inférieur au système de l'agrégation, tel qu'il a existé jusqu'à aujourd'hui.

Ce système d'agrégation par le concours est-il cependant parfait ? Il s'en faut. On lui a fait trois critiques principales :

— 1° C'est l'épanouissement du *favoritisme* dans ce qu'il a de plus éhonté, le concours n'étant qu'une formalité. « Vous vous souvenez en particulier, dit Verger, de la démonstration faite au dernier concours d'agrégation par vos camarades de la Corporative de Paris. Dès la constitution du jury, c'est-à-dire 4 mois avant la fin du concours, ils annoncèrent la liste des reçus. Or, sur les cinq noms publiés, quatre furent parmi les élus. Au concours précédent, des listes analogues avaient donné à l'avance le résultat : et trois noms sur cinq se trouvèrent justes. Que prouvent ces faits ? Il faut d'abord remarquer que ces mœurs sont surtout parisiennes, puisqu'une démonstration de ce genre n'a pas encore été faite pour les candidats de province. Ensuite, même pour Paris, il y a toujours eu erreur portant sur un ou deux noms : et c'est déjà un résultat qui prouve qu'un candidat, serait-il grand favori, n'est pas nécessairement nommé, quand ses épreuves sont vraiment insuffisantes. Enfin, si l'on admet la possibilité du favoritisme dans un concours, dont les épreuves sont publiques, que sera-ce alors quand il s'agira de nommer sur unique présentation de titres, et au choix pur et simple ? Le concours élimine les incapables, les paresseux, ceux qui, seulement par relations ou par intrigues, pourraient agir avec succès dans leur intérêt personnel, mais seraient en définitive de bien piètres éducateurs. Oh ! je sais bien que Claude Bernard a été refusé à l'agrégation : on cite toujours cet exemple pour prouver que le concours n'a jamais servi qu'à évincer les hommes de génie ; or, cet exemple est unique, et, si demain, on instituait le choix, au lieu d'un seul sacrifié, on en compterait bientôt des dizaines ! »

C'est pour cela que le concours me paraît le système le plus juste : mais il faut le modifier. Déjà, un certain nombre de ses imperfections vont disparaître avec le prochain régime qui entre en vigueur à la fin de ce mois ; le tirage au sort des juges, leur limitation par faculté à 3 sur 9 juges, l'impossibilité où sera désormais le président du jury d'être choisi à l'avance par le ministre, l'affichage des notes après chaque épreuve, sont des améliorations notables ; on pourrait y adjoindre ultérieurement l'anonymat de certaines épreuves, rechercher même d'autres transformations, mais je reste convaincu de la supériorité du système du concours pour juger de la valeur des agrégés, et par suite faire profiter la jeunesse du meilleur enseignement possible. »

— 2° Le deuxième reproche fait aux épreuves de l'agrégation est qu'elles nécessitent une préparation *livresque*. Comme on l'a prétendu, « les agrégés apprennent par cœur et récitent leurs leçons ». Verger insiste sur la fausseté de cette assertion ; les épreuves de l'agrégation, en effet, ne consistent pas seulement en épreuves de cet ordre : il y a l'épreuve de titres, il y a aussi l'épreuve clinique, il y a enfin l'épreuve pratique du laboratoire, ou d'opération sur le cadavre, ou de manipulation physiques, etc.., suivant la variété d'agrégation. Verger convient très volontiers qu'on devrait donner à ces épreuves pratiques plus d'importance qu'elles n'en ont actuellement, et débarrasser le plus rapidement possible le futur

agrégé des épreuves dites livresques. Mais cet apprentissage est absolument indispensable ; il n'y a pas d'enseignement pour les étudiants, aussi pratique qu'il soit, sans base théorique préalable. Vouloir le supprimer totalement ce serait vouloir la faillite de l'enseignement. Verger se range finalement du côté du projet Bouchard qui permet aux candidats de se libérer jeunes, par un examen, des épreuves purement théoriques et livresques, et se montre partisan de l'adjonction, au précédent, du projet Pachon qui faciliterait le perfectionnement pratique des futurs professeurs agrégés.

— 3° Enfin, troisième objection, l'agrégation constituerait un *monopole*. Et Verger n'a pas de peine à démontrer que l'enseignement *libre* a toujours existé en France ; s'il est tombé en désuétude, ce n'est pas la faute des officiels ; ce sont les professeurs libres qui ont disparu. Pourtant, tout au moins à Bordeaux, cet enseignement ne leur a pas porté malheur ; deux d'entre eux sont actuellement parmi les maîtres les plus estimés de la faculté de cette ville. « J'estime qu'on pourrait faire mieux encore, ajoute Verger. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux devraient être, eux aussi, associés à l'enseignement ; ils le sont déjà en partie, tout au moins à Bordeaux, puisque depuis dix ou douze ans, ils font l'appel des stagiaires dans leurs salles, sont chargés de les instruire et même de les juger par des notes trimestrielles, dont tient compte ensuite la Faculté. Mais les services qu'ils rendent ainsi ne sont pas reconnus officiellement par la Faculté, et il y là une anomalie qui va, du reste, disparaître dès l'entrée prochaine en vigueur du décret réorganisant les études médicales. »

Et Verger cite en matière de conclusion les paroles de notre confrère Mencière au *Congrès des Praticiens* : « Mettons l'agrégation et le privat-docentisme face à face. Si l'un des systèmes est mauvais, il disparaîtra devant l'autre. Ce sera une évolution et pas une révolution. » « Cette expérience, termine Verger, elle peut être faite tout de suite, puisque les professeurs libres existent légalement. Nous ne la craignons pas ; mais tant qu'elle n'aura pas eu lieu, nous continuerons à lutter pour le maintien du concours et, ce faisant, nous pensons servir au mieux les intérêts des étudiants et de la médecine française. »

Cette magistrale conférence, très sûre de documentation et très claire de forme, fut écoutée du commencement à la fin avec la plus scrupuleuse attention et le plus vif intérêt. Des applaudissements unanimes et répétés en acclamèrent la péroraison. Sans parler des étudiants, venus en foule à l'appel de leur comité, on notait dans l'assistance de nombreux praticiens de la ville, des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, des chefs de clinique, des internes, des préparateurs et des chefs de travaux, les professeurs Arnozan, Régis, Le Dantec, Denigès, Ferré ; les agrégés Bénech, Abadie, Mongour, Bégouin, Cavalié, Labat, le Dr Monod, président de la Société de médecine et de chirurgie, etc., etc.

Voilà bientôt dix ans qu'à mon premier retour d'Allemagne, en 1900, je faisais des réserves sur la valeur du privat-docentisme. Mes enquêtes sur place, poursuivies, sur ce sujet, depuis cette époque jusqu'en ces derniers temps, les polémiques que j'ai soutenues dans ce journal et dans les organes de la presse les plus divers, ont fini par triompher des hésitations de la première heure. Le groupe des agrégés bordelais, principalement avec Bénech, Mongour, Verger, Bégouin, Pachon, a toujours mené le bon combat, fait une campagne acharnée en faveur des idées françaises. La conférence de Verger clôt dignement cette longue joute d'active propagande.

Je crois notre cause gagnée. Il n'est plus, devant nous, que quelques adversaires clairsemés qui se montrent de moins en moins assurés de leur influence, de moins en moins convaincus de la justesse de leurs idées. Sans doute, un coup de surprise ou d'audace est toujours possible. Mais si jamais cette victoire — de plus en plus aléatoire — se produisait, elle serait sans lendemain. René CRUCHET.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ozène vrai ou rhinite atrophique ozénateuse ;

Par Henri BOURGEOIS,
Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Rhinite infectieuse caractérisée par l'atrophie de la pituitaire, une suppuration donnant lieu à des croûtes fétides ; accessoirement : atrophie et sécheresse de la muqueuse pharyngée.

Dans les cas atténués, les cornets sont simplement diminués de volume, les fosses nasales élargies contiennent de gros paquets malodorants et humides. Dans les cas graves, l'atrophie porte non seulement sur la muqueuse mais sur le squelette, les cornets sont réduits à des saillies informes, la muqueuse est grise, sèche ; des croûtes sèches, adhérentes, horriblement fétides, la tapissent.

Le premier devoir du médecin est de nettoyer le nez : remplir à l'aide d'une pince coudée les deux fosses nasales avec des cotons imbibés d'eau oxygénée boriquée *pure*.

Les croûtes se désodorisent, se désagrègent, se décollent ; au bout d'un quart d'heure, on enlève les cotons puis les croûtes. Ce nettoyage se fait avec une pince et se complète au moyen de porte-cotons imbibés d'huile goménolée (1/20) ou eucalyptolée (1/30).

L'ablation des croûtes supprime la fétidité.

Pour empêcher leur reproduction, le malade devra chaque jour, une ou deux fois suivant l'abondance de la suppuration, faire un grand lavage de nez.

Comme instrument, recommandez un bock, ou une seringue anglaise (énéma) ; l'un ou l'autre muni d'une canule en verre, mince, effilée, coiffée d'une canule de même forme en caoutchouc mou.

La triple indication de cette canule est de pouvoir pénétrer assez profondément, de ne pas obturer complètement la narine, de ne pouvoir blesser la muqueuse.

Comme liquide de l'eau bouillie tiède additionnée de

Sel marin	7 gr. pour 1000.
Bicarbonate de soude	2 cuillerées à café par litre.
Perborate de soude	2 — — —
Phénosalyl	1/1000.
{ Monosulfure de Na	5 gr.
{ Eau distillée	50 gr.
{ Glycérine	150 gr.

Ne pas employer le classique siphon Weber : la pression est trop faible — la canule ne pénètre pas assez loin — elle obture complètement la narine, empêche le retour possible de l'eau, ce qui augmente beaucoup les chances d'irruption du liquide dans les trompes.

Après le lavage et trois ou quatre fois dans la journée, renifler *larga manu* la pommade suivante :

Acide borique	4 gr.
Baume du Pérou	0 gr. 75
Lanoline	5 gr.
Vaseline	10 gr.

ou

Acide borique	25 gr.
Vaseline	5 gr.
Essence de géranium	III gouttes.

Ces pommades ont pour avantage principal de s'opposer au desséchement de la muqueuse et à la formation des croûtes.

Beaucoup d'auteurs leur préfèrent des pansements pulvérulents qui excitent la sécrétion des glandes de la pituitaire, diluent les sécrétions, rendent les croûtes moins sèches et moins adhérentes.

Le malade prisera 3 ou 4 fois par jour de la poudre d'acique borique (Lubet-Barbon) d'acétotartrate d'alumine (Lermoyez).

Proscrire toute poudre insoluble.

Moure et Brindel ont imaginé de redonner aux cornets une partie du volume qu'ils ont perdu par des injections sous-muqueuses de paraffine ; les fosses nasales moins larges se libèrent mieux par le mouchage, d'où moins de croûtes, il semble aussi que les sécrétions diminuent réellement en quantité.

La paraffine liquide a été abandonnée à cause du danger d'embolies, on emploie la paraffine solide fusible à 45°, injectée à froid. La seringue la plus maniable et la moins coûteuse est la seringue de Gault.

Les injections sont pratiquées dans le cornet inférieur ; au niveau de la cloison, elles sont susceptibles de provoquer des abcès et consécutivement des effondrements du nez.

Cette méthode n'est possible que dans les cas atténués ; si les cornets sont très réduits de volume, l'injection est impossible, et même si elle l'était, que ferait la minime proportion de paraffine injectée dans une fosse nasale immensément élargie ?

Lavages, pommades ou poudres ne guérissent pas l'ozène, ils suppriment les croûtes et l'odeur ; avec le temps la maladie tend vers la guérison.

Les injections de paraffine peuvent hâter le moment où les lavages sont inutiles.

Peu à peu le malade espace ses lavages, en s'observant.

En dehors de ce traitement habituel, on doit chercher à désinfecter partiellement les fosses nasales, soit que l'on se trouve en présence d'un malade qui n'a jamais été traité, soit que l'on assiste à une aggravation des symptômes.

On ferait alors, après un minutieux nettoyage, des attouchements tous les deux jours avec :

Vaseline..................... }
Lanoline..................... } āā
Baume du Pérou............... } LERMOYEZ.

Nitrate d'argent en solution au 1/100 à 1/10. (suivant tolérance).

Glycérine iodée................ 1/50 à 1/10.

Mais jamais ces pansements ne doivent être pratiqués plus de 2 ou 3 semaines, ni représentés au patient comme un traitement curateur.

Récemment, Foy a publié des cas d'ozène guéris par sa méthode de rééducation respiratoire et d'insufflation d'air comprimé, après nettoyage minutieux des fosses nasales. L'épreuve du temps manque encore pour apprécier définitivement ces résultats.

Traitement général. — L'ozène frappe souvent des enfants lymphatiques, le traitement général a une grande importance.

Huile de foie de morue en hiver.

Sirop d'iodure de fer, sirop iodo-tannique en été.

Le séjour au bord de la mer donne souvent de bons résultats.

La région de Biarritz joint aux bons effets du climat marin la douceur de la température qui permet un séjour prolongé, et l'action tonique des bains salins.

Traitement hydro-minéral. — L'application locale des eaux sulfureuses est souvent favorable. On recommandera une saison à Luchon, à Cauterets, à Challes, Uriage, Allevard. A la période terminale de l'affection, quand les sécrétions sont devenues moins abondantes, le Mont-Dore trouve son indication contre la sécheresse naso-pharyngo-laryngée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai 1910.

Traitement des plaies de la main par la teinture d'iode. — M. ***Reclus*** fait remarquer que le traitement des plaies de la main, minimes ou graves, a pris une importance capitale depuis la loi sur les accidents du travail, il tient à attirer l'attention sur les résultats heureux que donne en pareil cas l'emploi de la teinture d'iode.

On badigeonne, avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode fraîche, la plaie et la peau environnante. On laisse évaporer l'alcool, qui abandonne sur la surface cruentée la tache brune de l'iode. Lorsqu'elle est bien sèche, on recouvre la région d'une compresse aseptique et d'un manchon d'ouate hydrophile que l'on assure par quelques tours de bande. Le soir ou le lendemain, on renouvelle le pansement, que plus tard on espace et auquel on ne touche plus que tous les trois ou quatre jours.

On ne doit pas faire précéder l'application de la teinture d'iode par le brossage, le décapage et le lavage de la plaie. Ces manœuvres disséminent les germes pathogènes et empêchent le topique de mordre. Si donc on est appelé auprès d'un blessé dont la peau a été ainsi saturée de liquide il faut se hâter d'assécher les tissus par des chiffonnés de gaze et ne badigeonner qu'au bout de quelques instants.

Mais il est une condition essentielle : la teinture d'iode doit être fraîche. Au bout de huit jours elle perd quelque peu quelques-unes de ses qualités, et devient même offensante pour les tissus.

La cicatrisation est rapide, les blessés peuvent reprendre immédiatement leur travail, sans raideurs consécutives. Si les délabrements sont considérables on régularisera la plaie avant d'appliquer la teinture.

Pareil traitement rendra de grands services en chirurgie d'urgence, en particulier, en cas de guerre, dans la chirurgie d'avant-poste.

M. ***Labbé*** rappelle que cette application de la teinture d'iode était bien connue des anciens chirurgiens et qu'elle fut, en particulier, préconisée par son maître Boinet et par lui-même.

Le cancer des radiologistes. — MM. Pierre ***Marie***, ***Clunet*** et ***Raulot-Lapointe*** ont pu produire chez le rat, après 18 mois d'application de rayons X, une tumeur dont la genèse et l'évolution sont comparables aux processus malins qui constituent le cancer des radiographes.

Sur une variété rare de syphilis hépatique. — M. ***Brault*** dit qu'il faut particulièrement distinguer les variétés de syphilis hépatique qui se manifestent par des gommes de dimensions tellement inusitées qu'elles font penser à l'existence de tumeurs. La confusion a été faite maintes fois au lit du malade, et même, pièces en mains, les gommes n'ont pas toujours été reconnues. A ce degré, la force d'expansion de la syphilis peut dépasser le foie, puisque les volumineuses gommes dont il s'agit peuvent se continuer avec des syphilomes diffus rétro-hépatiques ou

transdiaphragmatiques. Dans l'observation qui fait le sujet de cette note le syphilome occupait tout l'espace compris entre le foie et le rein en dehors, le pancréas, le duodénum et la colonne vertébrale en dedans.

L'auteur étudie ensuite la formation des cavernes biliaires en rapport avec la syphilis.

Les troubles du cœur dans la scarlatine. — M. Pierre ***Teissier*** étudie les différentes anomalies qu'on peut constater dans l'auscultation du cœur des scarlatineux. Il s'attache surtout à l'analyse des souffles extra-cardiaques, du choc diastolique droit et des conditions de leur production.

Quant au bruit de galop vrai, considéré comme fréquent, par suite de la fréquence même des déterminations rénales, il n'en a pas rencontré un seul fait, malgré qu'il ait ausculté des milliers de scarlatineux.

L'ostéotomie dans le traitement de la maladie de Little. — M. Pierre ***Delbet***, M ***Kirmisson***

Cancer expérimental et cancer spontané.— M. ***Borrel.***

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1910

Abcès gangréneux pulmonaire, Diagnostic par la radioscopie. Guérison par les injections intra bronchiques. — MM. ***Béclère*** et ***Guisez.*** — Chez une malade chez qui la radiographie faite par le docteur Béclère avait décelé exactement le siège et l'étendue d'un foyer de gangrène pulmonaire, Guisez a pu instituer le traitement des injections directes intra-bronchiques

Celle-ci pratiquées déjà avec succès par l'auteur sur une malade atteinte de dilatation bronchique à forme grave ont comme principes : la pénétration exclusive dans une bronche d'une certaine quantité de liquide modificateur antiseptique et la dose massive de l'injection.

Elle se pratique à l'aide d'une technique très simple sous le contrôle du miroir et à l'aide d'une seringue à longue canule.

L'effet chez cette malade qui depuis 15 jours avait entre 39 et 40° avec vomique purulente fétide de 100 à 150 cm. de capacité a été tout à fait remarquable. A la troisième injection de 10 cm. d'huile goménolée, la température est tombée définitivement pour ne plus remonter de façon notoire. L'expectoration a suivi une marche analogue et les signes locaux ont disparu parallèlement ; la guérison est survenue complète le 15e jour et s'est maintenue depuis un mois 1/2 sans retour offensif.

Il semble que l'on soit là en possession d'une méthode qui va changer le pronostic très sombre de toutes les suppurations bronchiques ou pulmonaires.

Rectoscope à éclairage interne et externe. — MM. ***Lion*** et ***Bensaude*** présentent un nouveau modèle de rectosigmoïdoscope pouvant servir à la fois pour l'éclairage interne et externe grâce à une petite tubulure latérale qui permet de recevoir à volonté l'un ou l'autre des deux systèmes. Pour l'éclairage interne, les auteurs ont imaginé une tige à coulisse de longueur variable et s'adaptant à tous les tubes quels qu'en soient la longueur et le diamètre, alors que dans les rectoscopes utilisés jusqu'à ce jour il était nécessaire de posséder autant d'appareils d'éclairage interne que de tubes. L'appareil à éclairage externe donne une excellente lumière avec une lampe de 8 volts. Un double mouvement rotatif et d'éloignement, en dégageant l'orifice du tube, offre le double avantage d'en faciliter le nettoyage au cours de l'examen et de permettre d'atteindre la muqueuse rectale avec des instruments sous le contrôle de la vue.

Pour pratiquer l'insufflation, l'instrument peut être fermé par une glace inclinée qui laisse passer sans les refléter les rayons de la lampe de l'éclairage externe. Friedel.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 28 avril 1910

Intervention chirurgicale pour épithélioma de l'intestin. — M. ***Paul Delbet*** présente une malade qui, atteinte d'épithélioma de l'angle colique gauche, a été opérée par lui, il y a deux ans, par résection intestinale et entérorraphie termino-terminale. Depuis l'opération, la malade est restée fort bien portante : on peut espérer une guérison définitive. L'auteur insiste sur la bénignité du pronostic des cancers intestinaux opérés largement.

M. ***Jayle*** cite un cas de résection du gros et du petit intestin pour cancer, qu'il a pratiquée chez une jeune femme de 26 ans, il y a huit ans et qui reste actuellement guérie.

Traitement de la sciatique. — M. ***Maurice Faure*** (de Lamalou). — S'il est utile, parfois nécessaire, de laisser au repos absolu les malades atteints des accidents les plus aigus, et de leur donner des analgésiques, très généralement les applications de la chaleur. *loco dolenti* et dès ce moment, sous toutes ses formes, donnent une sedation assez rapide pour que l'on puisse faire promptement une thérapeutique plus active.

On obtient des améliorations constantes et des guérisons très fréquentes par le massage et l'élongation non sanglante, durant une moyenne de traitement de 30 à 45 jours. Les cas que l'auteur a traités ainsi suivaient aussi une cure thermale, c'est-à-dire une application journalière et systématique d'eau chaude, qui concourt certainement aux très bons résultats observés.

L'anesthésie locale dans les grandes opérations. — M. ***Jayle*** communique une observation d'amputation du sein avec extirpation des ganglions de l'aisselle, qu'il a pratiquée sous l'anesthésie locale. La malade, âgée de 74 ans, atteinte de myocardite et d'emphysème, avait de l'albumine et du sucre dans ses urines. Etant donné le danger de l'anesthésie générale, il employa avec succès l'anesthésie locale par la stovaïne. Les faits anciens publiés par MM. Reclus et Chaput et cette observation prouvent que les grandes opérations peuvent être faites par l'anesthésie locale. Elle est particulièrement indiquée chez les vieillards dont l'appareil cardio-vasculaire est gravement atteint, pour toutes les opérations du tronc qui ne nécessitent pas des manœuvres de profondeur dans le thorax ou l'abdomen.

Technique nouvelle d'injections intra bronchiques dans le traitement des suppurations bronchiques et intra-pulmonaires. — M. ***Guisez*** — Les principes nouveaux de cette méthode sont les suivants :

a) Il est indispensable si l'on veut faire pénétrer un liquide dans la trachée de façon rigoureuse de *franchir la glotte* avec la canule de la seringue et de faire l'injection sous le contrôle exact du miroir.

b) Il est possible par une technique relativement simple de faire *pénétrer la totalité de cette injection dans une bronche déterminée*, à l'exclusion de l'autre.

c) Pour être efficace, cette injection doit avoir au moins de 8 à 10 cm. c. de capacité et doit souvent atteindre 16 et 18. Les liquides employés ont été suivant les cas de l huile goménolée de 10 à 50 %, huile gaïacolée à 10 %, hyposulfite à 20 %. L'instrumentation est des plus simples : un miroir laryngien, et une seringue de 20 à longue canule dont la portion recourbée mesure de 7 à 8 longueur. L'auteur a eu l'occasion de soigner un cas de *dilatation bronchique* à forme grave qui se trouve très amélioré depuis ce traitement et *un cas d'abcès gangréneux du poumon* avec vomique purulente fétide qui a été complètement guéri à la suite de 8 injections intra-bronchiques.

Un cas de cirrhose de Laennec guéri par l'opothérapie hépatique. — M. ***Masbrenier*** (de Melun) communique l'observation d'un marchand de vins atteint de cirrhose atrophique typique qui soumis à la médication opothérapique, guérit complètement après trois mois de traitement.

M. ***Crequy*** rappelle qu'il a publié, il y a plusieurs années, une observation du même genre.

M. ***Ch. Simon*** fait remarquer qu'il ne faut pas se hâter de parler de guérison, il y a eu peut-être seulement amélioration passagère, comme dans un cas qu'il a eu l'occasion d'étudier.

La cure de désintoxication. — M. ***Guelpa.*** — En privant certains malades de tout aliment et en les purgeant tous les jours pendant trois, quatre jours et même plus, on oblige leur organisme à brûler ses déchets, ses produits intoxiqués, et on réalise par le fait le maximum de désintoxication.

Cette cure qui est déjà très utile dans les états physiologiques, donne des résultats vraiment surprenants en beaucoup de maladies. On peut d'ores et déjà affirmer que le diabète, quelque graves que soient ses complications, gangrène ou autre, est immédiatement enrayé dans son évolution et rapidement guéri. La goutte se trouve modifiée très profondément au point de réaliser la remobilisation des articulations. Beaucoup d'autres affections sont aussi heureusement influencées par la cure de désintoxication, surtout les affections à ralentissement de la nutrition. Jamais cette cure ne présente le moindre inconvénient, elle exerce toujours au moins un peu d'amélioration.

Dr E. AGASSE LAFONT.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 mai.

L'anesthésie chloroformique dans les interventions sur la plèvre et le poumon. — M. ***Brochin***, à propos du rapport de M. Huguier sur le travail de M. Rigollot déclare que dans ces cas il n'hésite pas à recourir au chloroforme, même de préférence à l'éther vanté par M. Pauchet. Il est frappé des méfaits de toutes sortes dont on accuse aujourd'hui le chloroforme. Il le défend comme étant encore le plus sûr des anesthésiques, ce que lui permet d'affirmer une pratique de près de 40 ans d'emploi du chloroforme dont un seul cas de mort.

Le traitement des tuberculoses génitales par la cure marine. — M. ***Ozenne*** se demande si M. le Für a pu suivre longtemps ses malades après leur guérison apparente. Il cite le cas d'un malade guéri il y a 10 ans d'une épididymite tuberculeuse par des injections de chlorure de zinc et la cure marine qui vient de présenter les signes d'une tuberculose rénale au début.

M. ***Le Bec*** cite un cas de tuberculose de l'épididyme au début chez un malade castré de l'autre côté pour tuberculose génitale, guéri depuis 6 ans par la seule médication générale.

Un cas de gangrène du gland. — M. ***Pasteau*** cite le cas d'un malade non diabétique porteur d'un phimosis, chez lequel l'incision dorsale du prépuce au thermocautère montra la présence d'une gangrène du gland avec ulcération. La gangrène n'étant pas arrêtée par les médications habituelles et s'étendant rapidement on discutait la nécessité de l'amputation de la verge. Des applications d'air chaud amenèrent une guérison rapide.

M. ***Verchère***, discutant le diagnostic, se demande s'il ne s'agissait pas de phagédénisme gangréneux d'un chancre mou, ce qui expliquerait d'autant mieux l'action de l'air chaud. Il pense qu'on ne doit faire l'amputation de la verge que pour les cas d'épithélioma.

M. ***Le Bec*** rapporte une observation de gangrène totale du gland dont l'origine n'a pu être fixée.

M. ***Mayet*** lit un rapport sur **une observation de coexistence d'un fibrome de l'utérus avec des tumeurs solides des deux ovaires**, par M. Béchet, d'Avranches.

Une cause de névralgie pelvienne. — M. ***Rigollot-Simonnot*** lit un travail sur cette question.

Elimination de fils de soie par la vessie. — M. ***Le Fur*** présente une malade qui à la suite d'une hystérectomie abdominale subtotale a éliminé un fil de soie par la vessie. La cystoscopie montre avec des lésions de cystite bulleuse 4 autres fils sur la paroi vésicale.

M. ***Pasteau*** cite 3 observations analogues et rappelle les conditions dans lesquelles se font ces éliminations.

Résection du cubitus pour ostéosarcome avec greffe autoplastique d'un segment du péroné de la malade. — M. ***Huguier*** présente la malade. Prochainement il apportera à la Société l'observation complète, la pièce opératoire et les radiographies.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

La suggestion et son rôle dans la vie sociale ; par le professeur BECHTEREW, traduit et adapté du russe, par le Dr KÉRAVAL. (Un volume in-18° de 275 pages, chez Boulangé, Paris 1910.)

On a beaucoup écrit sur la suggestion depuis quelque temps et il semblerait qu'un livre nouveau dût être peu intéressant. Qu'on se détrompe : le livre du professeur russe, si bien traduit et adapté par M. Kéraval, est rempli de considérations cliniques, sociologiques et philosophiques. Il envisage la question sous un jour particulier, montre la nature exacte de la suggestion, son mécanisme, son évolution et ses résultats.

Les premiers chapitres sont destinés à bien expliquer ce que c'est que la suggestion, à montrer les différences de la suggestion avec la persuation et ses modalités. L'auteur expose ensuite un mécanisme basé sur la théorie de la sphère personnelle et de la sphère générale du psychisme. Le reste de l'ouvrage étudie magistralement les infinies variétés de la suggestion : action de la foi, illusion et hallucinations collectives, rêves prophétiques, épidémies religieuses, paniques humaines, spéculations financières.

Il est particulièrement intéressant de lire les pages consacrées aux événements de Russie, révolutions, psychopathies épidémiques, associations bizarres : puisque c'est un Russe qui parle et nous expose son opinion sur le maliovannisme, le jéhovisme, etc., etc. Il faut admirer la liberté avec laquelle l'auteur juge les pouvoirs publics (qui d'ailleurs ont quelque peu enquêté et perquisitionné chez le savant professeur).

Félicitons donc l'auteur et l'adaptateur, qui apportent une contribution sérieuse à la psychologie des foules et nous montrent des manifestations que nous ignorions totalement.

G. P.-B.

La période post-opératoire. Soins. Suites. Accidents ; par S. MERCADÉ. (Masson et Cie, éditeurs.)

Aucun ouvrage ne saurait être plus utile qu'une étude des soins post-opératoires. Actuellement, grâce aux progrès remarquables de la technique opératoire, les opérations sont toutes exposées avec les moindres détails. Avant d'entreprendre une intervention quelconque, on est sûr de pouvoir consulter un traité où l'on trouve la description précise de l'acte opératoire.

Or les soins post-opératoires sont souvent plus importants que l'opération elle-même. Et Mercadé a eu une très bonne idée de réunir en un volume l'étude de ces soins, qui souvent sont si difficiles et doivent être si minutieux. On ne saurait trop l'en féliciter et on pourrait presque lui reprocher de ne pas avoir, à certains moments, exposé avec assez d'ampleur, avec assez de détails, avec assez de minutie, toute l'importance de ces soins post-opératoires. Mais ce livre devait exister et on le lira avec fruit.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1910 ; par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. (Chez Baillière et fils, 1910.)

C'est avec plaisir que depuis des années je présente aux lecteurs du *Progrès médical* ce petit formulaire si pratique, si commode à porter et à consulter.

Il s'agit cette année de la 22e édition. Les nombreuses et importantes additions portent en particulier sur : *acétylsalicylate de quinine, allosan, apéritol, arsacétine, arsénophénylglycine, asiphyl, bromvalidol, collotropine, cystopurine, désalgine, dimenthyl-diméthylène-éther, dyplosal, dypropesnine, églatol, eigones, ether-dermasan, eubornyl, eulatine, eutanin, gaiodol, glidine, gynoval, helkomen, hémabovis, hordénine, hydropyrine, ichthymate, iodival, iodoglydine, iodoménine, iodurase, iothionol, marrons d'Inde, néoforme, névraltéine, ostauxine, oxychlorine, parabismuth, pittylène, propésine, rachisan, radium, résorcino forme, sabromine, salimenthol, soamine, soufre collaïdal, théolactine, théphorine, thiapinol, thyrésol, valisane.*

C'est un des rares livres qui soient vraiment indispensables au praticien. Je ne trouve pas de meilleur éloge pour le formulaire Bocquillon-Limousin.

C.

REVUE GÉNÉRALE

—

L'examen fonctionnel de l'intestin par l'étude des fèces ;

Par **ALEX CAWADIAS**,
Interne des hôpitaux de Paris.

On peut examiner les fèces de deux façons. Il y a tout d'abord l'examen direct immédiat des selles d'un malade. C'est le seul examen qu'on pratiquait avant les travaux de Schmidt et Strasburger. Ce mode d'exploration nous donne parfois des renseignements précieux, mais on ne peut conclure que si l'on connaît le mode d'alimentation du sujet, la médication, etc.

Depuis les travaux de Schmidt et Strasburger on a introduit dans la pratique médicale l'examen des fèces après un repas d'épreuve fixe et déterminé, la comparaison entre les ingesta et les excreta. Cette coprologie après repas d'épreuve a donné de très bons résultats au point de vue de l'exploration des fonctions digestives. En France, elle a été développée à la suite des travaux de René Gaultier, Mathieu et J.-Ch. Roux, Triboulet, Enriquez et Ambard, Kolbé, etc.

A. — Repas d'épreuve. — Le repas d'épreuve dont on se sert le plus souvent est celui préconisé par Schmidt. Roux et Riva ont modifié légèrement la recette de ce repas pour l'adapter aux habitudes françaises. Les conditions que doit réunir le régime d'épreuve sont les suivantes :

1° Il doit être simple et d'élaboration constante ;

2° Il doit être composé par les trois groupes principaux d'aliments bien proportionnés (albumine, hydrates de carbone, graisses).

3° Il doit fournir le nombre de calories nécessaires à une personne au repos.

4 Il doit être toléré par la plus grande partie des entéropathes.

Après certains tâtonnements, Schmidt est arrivé à faire accepter un régime qui a été adopté par la majorité des médecins. En France on doit prescrire de la façon suivante (Roux et Riva):

Le matin un potage.

Prendre deux cuillerées à soupe (rasées au couteau mais bien pleines) de farine de gruau d'avoine ; les délayer dans un 1/4 de litre d'eau et verser dans un 1/4 de litre de lait bouillant. Laisser cuire dix minutes. Ajouter 10 grammes de beurre. Sucrer ou saler à volonté.

A midi :

125 gr. de viande de bœuf finement hachée. La manger crue en boulettes, ou. après avoir réuni la viande hachée en gâteau aplati, la faire frire dans 20 grammes de beurre fondu très chaud pendant une minute à peine : l'intérieur de la viande doit rester rouge.

250 grammes de purée de pommes de terre au lait, avec 20 grammes de beurre.

Biscotte, 50 grammes.

Un demi-litre de lait en boisson.

A sept heures.

Un potage de farine de gruau d'avoine comme le matin.

Deux œufs à la coque à peine cuits.

Biscotte, 50 grammes.

Un demi litre de lait en boisson.

La formule précédente est assez élastique. On peut la modifier légèrement en intervertissant ou combinant ces différents repas. A la rigueur, on pourrait permettre un peu de vin, du café au lait très clair, un peu de rôti de veau haché le soir. Ce qu'il faudra respecter, ce sont les quatre points suivants :

1°) Une certaine quantité de lait (au-dessus de 1/2 litre).

2°) A peu près 100 grammes de pain blanc (ou de biscuit, etc.).

3°) 100 à 500 gr. de purée de pommes de terre.

4°) 250 grammes de viande de bœuf hachée dont une partie au moins doit rester crue ou demi-crue.

Le régime est administré pendant trois jours, en tout cas aussi longtemps qu'on n'a pas obtenu de garde-robes provenant sûrement de ce régime. En cas de constipation, il faudra faire des lavements évacuateurs le deuxième et troisième jour.

Lorsque l'intestin fonctionne normalement, la deuxième selle obtenue après le début du régime est une « selle de régime. » Si on désire une délimitation nette on donnera au début du régime 30 centigrammes de carmin pulvérisé, mais ceci n'est pas nécessaire.

Une portion de la selle de régime (gros comme une mandarine) sera introduite par le malade dans un flacon à large goulot (à l'aide d'une spatule de bois ou d'un morceau de carton). Le flacon sera fermé hermétiquement et envoyé au médecin pour l'examen.

Cet examen doit se faire sur des fèces aussi fraîches que possible. A la rigueur on pourra conserver la selle quelques jours dans le flacon hermétiquement clos, mais il faudra ajouter dix gouttes de formol.

B. — Examen macroscopique détaillé. — A) *Technique*. — On commence par examiner la selle dans le bocal pour déterminer sa couleur, son aspect, son odeur, la présence de gros éléments non digérés ou bien de substances pathologiques accidentelles, mucus, parasites, sang, etc.)

On mélange ensuite énergiquement la selle avec un agitateur.

On prend gros comme une noix de selle et on triture *très soigneusement* dans un mortier en ajoutant peu à peu de l'eau distillée (quelques centimètres cubes), jusqu'à ce qu'on obtienne un mélange homogène ayant la consistance d'une sauce par exemple. La trituration doit être *très soigneuse* pour éviter la présence de particules compactes de matières fécales.

Il ne reste plus qu'à étaler cette masse en une couche mince sur un plat noir, ou mieux dans une boîte de Petri.

Boas a fabriqué pour l'examen coprologique un genre spécial de boîte de Petri connu dans le commerce sous le nom de « coproscope de Boas ». C'est une capsule de Petri fermée à l'aide d'un anneau circulaire de caoutchouc et d'un autre anneau transversal. Le fond de cette capsule est en partie noir pour mieux faire ressortir certains détails coprologiques.

La table de Krœnig est aussi très commode pour l'examen (1), mais en général une simple boîte de Petri suffit.

Il est préférable de placer la boîte de Petri sur une lampe d'Edison. L'éclairage est beaucoup plus avantageux.

Au lieu de triturer et délayer la selle, on peut la faire passer par le tamis coprologique de Boas. C'est un appareil constitué par deux hémisphères emboîtés. On l'applique à un robinet d'eau courante. L'eau emporte à tra-

(1) C'est une table ronde sur un trépied métallique à deux étages ; l'étage supérieur est destiné pour la capsule contenant la selle délayée, l'étage inférieur a une glace mobile comme dans un microscope afin de permettre d'envoyer des rayons lumineux de bas en haut. La boîte de Petri contenant la selle délayée repose sur la plaque qui forme l'étage supérieur. Cette plaque a un segment peint en blanc, un autre en noir, un troisième reste à l'état naturel. Ainsi se dessinent très bien sur un fond noir ou blanc les substances macroscopiques suspectes.

vers le tamis la masse fondamentale inconsistante des fèces et laisse sur le tamis les restes alimentaires, les calculs, les parasites, les corps étrangers. C'est le mode de choix pour la recherche des calculs et des parasites.

En dehors de certains cas spéciaux, la technique de l'examen macroscopique détaillé des fèces est très simple. On triture très soigneusement les matières en ajoutant quelques gouttes d'eau distillée, on étale dans une boîte de Petri et on examine par transparence la selle dans la boîte fermée.

B) *Examen macroscopique détaillé d'une selle normale.*

Dans la capsule de Petri, après trituration, la selle présente toujours une couleur brun pâle. Son odeur est « sui generis », fécaloïde; sa consistance, celle d'une sauce, son aspect, homogène. Elle présente parfois des particules très petites, brun jaunâtre (plus petites qu'une tête d'épingle.) Ce sont des détritus de cellulose du gruau d'avoine, des débris des pellicules de cacao, que l'examen microscopique nous fera voir. Lorsque nous constatons dans cette selle étalée en couche mince des particules plus grandes qu'une tête d'épingle, nous avons affaire à une selle pathologique.

C) *Examen macroscopique détaillé de la selle pathologique.*

A l'examen rapide dans le bocal on a noté la consistance de la selle. Celle-ci peut être demi-molle comme la selle normale, dure, se présentant sous forme de petites boules (scybales) ou, au contraire, liquide dans le cas de diarrhée.

A l'examen macroscopique, après trituration dans la boîte de Petri, on note la présence de particules plus grosses qu'à l'état normal, la selle n'a plus son état homogène. Nous allons décrire ces particules qui troublent l'homogénéité de la selle et dont la présence est un phénomène pathologique (au moins pour le régime que nous avons adopté).

Résidus de tissu musculaire. — Ces résidus se présentent sous la forme de tout petits bâtonnets brunâtres, « semblables à des éclats de bois ».

Résidus de tissu conjonctif (provenant de la viande hachée du régime).—Ce sont des corpuscules blanc jaunâtre. En les dissociant, on constate qu'ils ont une structure filamenteuse. Si on les trempe dans l'acide acétique, ils diminuent de volume.

Résidus de pommes de terre.— Ces résidus se présentent sous forme de grains de sagou opalescents.

Résidus de matières grasses.— On reconnaît une selle qui contient *trop* de matières grasses à la teinte claire et à la consistance d'argile qu'elle présente dans le bocal avant la trituration. Au cours de la trituration, les selles grasses « collent » et rendent cette opération laborieuse. Parfois sur la selle triturée et étalée on constate la présence de petits grumeaux mous, blanc jaunâtre, qui sont de nature graisseuse.

Présence de mucus. — Le mucus se présente sous forme de fragments blanchâtres ou colorés en vert par la bile. L'acide acétique les gonfle.

C.— Examen microscopique.— Pour cet examen, nous commençons par pêcher avec une pincette toutes les particules suspectes, en d'autres mots tous les fragments solides dont le volume dépasse une tête d'épingle. Nous posons ces fragments sur une lame, nous les dissocions légèrement et après avoir recouvert d'une lamelle nous examinons la préparation à un grossissement faible.

Nous complétons cet examen en prenant avec un fil de platine quelques «gouttes» de la masse fondamentale des fèces triturées.

A. *Examen d'une selle normale au microscope.*— Une selle normale ne présente pas de fragments volumineux pouvant être isolés pour l'examen microscopique. Nous sommes réduits pour faire cet examen à prélever avec une petite spatule quelques particules de la masse fondamentale des fèces. Nous faisons trois préparations. La première est écrasée par la lamelle couvre-objet sans aucune addition, on ajoute à la seconde une goutte d'acide acétique à 30 % et on chauffe jusqu'à ébullition avant de recouvrir d'une lamelle. La troisième enfin est traitée par une solution forte de lugol (iode 1 gramme, iodure de potassium 2 grammes, eau distillée 50 grammes).

Dans la première préparation (sans aucune addition) apparaît une substance fondamentale constituée par de petits grains de détritus, de petites boulettes, des microbes, etc. Sur ce fond se distinguent des fragments plus volumineux :

a) Fragments clairsemés et rares de fibres musculaires (couleur jaunâte, angles arrondis, esquisse de striation transverse) ;

b) Des savons de chaux (bords irréguliers, couleur jaune clair) ;

c) Des savons incolores ;

d) Des cellules de pommes de terre en très petit nombre ;

e) Des débris de cellulose, de céréales provenant du gruau d'avoine (très souvent reconnaissables à l'œil nu sous l'aspects de points foncés) ;

f) Des restes de cacao :

Dans la deuxième préparation (chauffée avec l'acide acétique) les savons disparaissent ;

Dans la troisième préparation qui a une couleur brunâtre nous trouvons des résidus de cellules de pommes de terre avec une coloration à peine violette,

B. *Examen microscopique des selles pathologiques.* — Deux faits différencient cet examen de celui d'une selle normale.

Tout d'abord cet examen *porte sur des fragments volumineux visibles à l'œil nu.*

Ensuite, même dans la masse fondamentale homogène de la selle, les éléments que nous constatons se trouvent plus abondants et en meilleur état de conservation.

Nous allons décrire l'aspect microscopique des résidus du régime d'épreuve tels qu'on les trouve dans une selle pathologique (1).

Aspect des fibres musculaires. -- Les fibres musculaires se reconnaissent à leur coloration jaune brunâtre (due à la bile) et les stries transversales dont elles sont parcourues.

Les unes, résidus de fibres épaisses et dures, ont une striation transversale et longitudinale très nette. Les autres, plus petites ont l'aspect de morceaux plus ou moins arrondis dans lesquels la striation se reconnaît encore. Enfin d'autres se présentent sous forme de fragments altérés dans lesquels on voit à peine la striation (on pourrait les confondre avec des savons jaunes de calcium) (*Fig.* 1..)

Si on ajoute un peu d'acide acétique à la préparation, on fait gonfler la fibre et apparaître nettement la striation.

(1) Les figures schématiques que nous donnons sont d'après Schmidt et Kolbe.

Aspect microscopique du tissu conjonctif. — Les fibres conjonctives se présentent dans les fèces sous forme de filaments incolores de longueur indéterminée.

L'éosine les colore d'une façon moins intense que les fibres musculaires. Si on ajoute à la préparation une goutte d'acide acétique, on voit les fibres devenir transparentes et disparaître. Cette réaction différencie le tissu conjonctif du mucus (avec lequel l'examen macroscopique pourrait le confondre), car sous l'influence de l'acide acétique les membranes du mucus s'épaississent, deviennent opaques et striées.

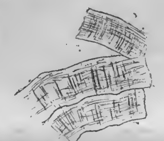


Fig. 1. — Fibres musculaires des selles.

On trouvera parfois à côté des fibres conjonctives des fibres élastiques sous forme de filaments transparents, gros, bifurqués, anastomosés en réseau, ondulés, enroulés sur eux-mêmes. Ces filaments résistent à l'acide acétique et à la potasse caustique (*Fig.* 2.).

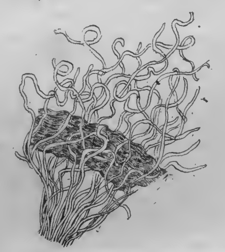


Fig. 2. — Fibres conjonctives et élastiques des selles.

Résidus d'hydrates de carbone. — Les résidus d'hydrates de carbone du régime se présentent sous forme de cellules d'amidon ou de particules de pain.

On reconnaîtra les grains d'amidon à leur striation particulière autour d'un point situé le plus souvent à l'une des extrémités. La solution de Lugol colore ces grains en bleu.

Le pain se reconnaît aux poils de la périphérie (qui ont une paroi épaisse et une base élargie sous forme de massue) et aux couches stratifiées de cellules rectangulaires ou allongées en forme de tuyaux. Il présente la réaction bleue de l'amidon.

Si nous traitons la préparation par le rouge de Congo, nous colorerons les hydrocarbones et la cellulose en rouge.

Aspect microscopique des graisses des fèces. — Les graisses neutres se montrent sous forme de gouttelettes de volume varié, qui parfois, écrasées entre lame et lamelle, se réunissent et donnent un aspect de jeu de patience ou de carte de géographie. Elles se colorent en noir par l'acide osmique dans des proportions variables. (*Fig.* 3.)

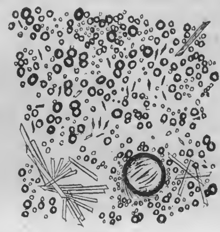


Fig. 3. — Graisses neutres.

Les acides gras se montrent sous forme de cristaux acidulés, d'aiguilles finement recourbées, disposées en amas. Camus et Pagniez ont proposé pour les reconnaître la coloration d'Ehrlich — comme pour le bacille de Koch — en effet les acides gras sont acidorésistants et conservent la couleur rouge du mélange de Ziehl (*Fig.* 4).

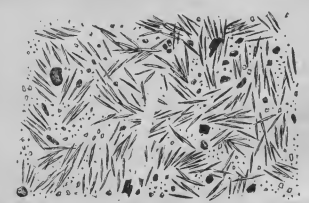


Fig. 4. — Acides gras. Stéarrhée. Hypostéatolyse intestinale.

Les savons se montrent dans les fèces soit amorphes, soit sous forme de cristaux. Tantôt ils sont jaunes avec des bords irréguliers fractionnés par des scissures plus ou moins profondes. Tantôt ils se présentent sous forme d'aiguilles beaucoup plus massives que celles des corps gras. Lorsqu'on chauffe avec de l'acide acétique la préparation, les savons disparaissent.

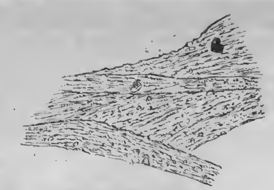


Fig. 5. — Mucus des selles ; aspect microscopique.

Une réaction indiquée par Nothnagel pourrait nous donner certaines indications : après avoir examiné la préparation au microscope, on ajoute une goutte d'éther qui

dissout les graisses neutres, les acides gras, les savons ; par la différence d'aspect de la préparation après addition d'éther on peut juger facilement l'abondance de la graisse.

Aspect microscopique du mucus. — Le mucus est formé d'une substance homogène striée. Si on ajoute de l'acide acétique, la striation devient plus nette, on constate une disposition réticulaire dans les mailles de laquelle se trouvent des cellules épithéliales (plus ou moins altérées) des globules rouges, etc. Avec le triacide d'Ehrlich, le mucus se teinte en vert, tandis que les autres parties prennent une teinte rougeâtre (*Fig.* 5 et 6).



Fig. 6. — Même préparation traitée par l'acide acétique.

Substances diverses. — On peut rencontrer dans les fèces du sang, du pus, des cristaux divers, etc. La présence de ces éléments sera reconnue à leur aspect ordinaire.

II. Examen chimique

La réaction au papier de tournesol

Pour examiner cette réaction on dépose le papier à la surface (et non à l'intérieur) de la selle délayée pour l'examen macroscopique détaillé, deux morceaux de papier rouge et bleu. Normalement la réaction est amphoère ou bien à peine acide ou à peine alcaline.

La réaction au sublimé pour la recherche des pigments biliaires. — Schmidt se sert pour cette réaction d'une solution saturée de sublimé dont il verse une certaine quantité sur la selle. Triboulet a réglé cette réaction de la façon suivante :

On dilue les matières dans de l'eau distillée et on les verse dans un tube à essai. On ajoute quelques gouttes d'une solution contenant :

Sublimé	3 gr. 50
Acide acétique	1 gr.
Eau distillée	100 cc.

Il se fait un dépôt au fond du tube et un en haut, nageant au dessus du liquide.

Normalement, après addition de sublimé, les fèces deviennent roses.

Etude des fermentations. — Pour faire cette épreuve on pourra se servir soit de l'appareil de Schmidt, soit de celui de Baumcister. Ce sont deux appareils très simples constitués par trois tubes (*Fig.* 7).

On prélève avec une spatule une partie de la selle mélangée avec un agitateur, mais non encore diluée (quantité équivalente à la grosseur d'une noix). On ajoute un peu d'eau à la garde-robe et on malaxe le tout dans le premier flacon. On bouche ce flacon contenant la dilution aqueuse des fèces. Par l'intermédiaire d'un tube de verre recourbé ce flacon *a* communique avec un autre *b* qu'on remplit d'eau. Ce flacon *b* communique de même par l'intermédiaire d'un tube de verre avec un flacon *c* qu'on laisse vide. Le tout est mis dans l'étuve à 37°. Lorsque les selles fermentent, les gaz produits dans le premier flacon chassent l'eau contenue dans le deuxième flacon qui va remplir le flacon *c*. A l'état normal il n'y a pas de fermentation appréciable ; le flacon *c* reste vide. Dans certains cas pathologiques au contraire, le flacon *c* se remplit d'eau, lorsqu'il y a assez de gaz pour remplir au

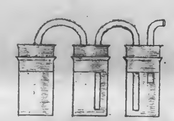


Fig. 7. — Appareil à fermentation de Baumustes.

moins la moitié du flacon *c*, on dit que l'épreuve de l'étuve est positive. Si dans ce cas les fèces sont alcalines, il y a putréfaction albumineuse ; si elles sont acides, c'est qu'il existe une fermentation hydrocarbonée.

Recherche de l'albumine dissoute. — On peut pratiquer la réaction de Tschuchiya, qui est la plus simple.

Une quantité de fèces (gros comme une noix pour les selles moulées, double pour les selles diarrhéiques) est délayée à l'eau jusqu'à consistance sirupeuse. On verse dans une capsule 10 cmc. de ce mélange et on ajoute des quantités variables d'alcool à l'acide acétique (alcool à 95°,90 centimètres cubes ; acide acétique glacial, 10 centimètres cubes) suivant le dégré d'alcalinité du mélange.

Si la réaction (au papier de tournesol) est franchement acide, on ajoute 0 cmc. 5 d'alcool à l'acide acétique,

Si légèrement acide ou neutre, on ajoute 1 cmc.,

Si légèrement alcaline, on ajoute 1 cmc. 5,

Si fortement alcaline, on ajoute 2 cmc.

Cette addition d'alcool à l'acide acétique a pour but de précipiter les nucléo-albumines qui résultent du dépouillement de l'intestin même dans les cas absolument normaux.

On mélange avec soin et on ajoute au mélange 5 cmc. de chloroforme. On agite et on verse dans un tube à essai le tout. Le mélange est bientôt séparé en deux couches. La couche inférieure est constituée par les particules plus lourdes des fèces ; la couche superficielle est formée par un liquide trouble, de coloration jaune clair ou jaune brun. Ce liquide est versé dans un autre tube à essai et on y fait tomber un petit disque d'agar au sulfate de cuivre.

Après une heure d'imbibition, on sort le disque et, après l'avoir lavé à l'eau, on le met dans une capsule en verre, placée sur un fond blanc, sur du papier, par exemple.

Lorsque les fèces sont riches en albumine, le disque conserve sa couleur bleue primitive ; lorsqu'au contraire l'albumine est absente ou existe à peine, le disque prend une coloration brunâtre.

On verse sur le disque une solution de soude ou de potasse caustique. En cas de présence d'albumine, nous constatons la réaction du biuret ; il se fait une coloration violette sur les bords du disque.

Pour préparer l'agar-agar au sulfate de cuivre on procède de la façon suivante.

On fait bouillir 2 gr. d'agar-agar et 100 cmc. d'eau distillée dans une capsule de porcelaine jusqu'à dissolution complète. On ajoute dix centimètres cubes d'une solution aqueuse de sulfate de cuivre à 10 % et on mélange.

On verse le liquide encore chaud dans des tubes en verre (ceux qui servent à faire les grosses pipettes — d'une longueur de 20 cm. et d'un calibre de 0.8 à 1 cm.) qu'on a bouchés préalablement d'un côté. La gélose se solidifie après refroidissement.

L'autre extrémité du tube rempli est couverte par un capuchon en caoutchouc qui a pour but d'éviter le dessèchement de la gélose. Au moment de s'en servir, on débouche le tube des deux côtés, on pousse (avec une baguette quelconque) la gélose d'un côté et on la fait sortir par l'autre. On découpe des fragments d'un centimètre.

Recherche du sang. — La recherche du sang n'appartient pas à proprement parler à l'examen fonctionnel de l'intestin. C'est un mode d'exploration qui en est indépendant. Mais cette indépendance est toute théorique. Après avoir cessé le régime de Schmidt, nous soumettrons (s'il y a lieu) notre malade à une alimentation dont sera exclue la viande et nous chercherons dans les selles le sang par une des deux réactions suivantes.

Réaction de Adler (à la benzidine). — Une petite quantité de matières fécales est délayée dans un peu d'eau de façon à obtenir un liquide épais. 5 cc. de ce liquide sont versés dans un tube à essai, puis additionnés de 1 cc. environ d'acide acétique glacial ; on agite le tube, ensuite on y verse une petite quantité, 2 cc. environ, d'une solution concentrée de benzidine dans l'alcool à 90°, et une quantité égale d'eau oxygénée ordinaire à 12 volumes. S'il existe même des traces minimes de sang, il se produit une coloration vert foncé intense qui passe au bleu vert quand la quantité de sang est sensible. Au bout de quelque temps, la coloration devient bleue puis passe au brun sale.

Ce procédé est extrêmement sensible. Il faudra donc observer exactement les précautions auxquelles on doit soumettre le sujet dont on veut examiner à ce point de vue les fèces (exclusion absolue de la viande, examen sévère au point de vue d'hémorroïdes). Œttinger et Girault se sont servis presque exclusivement de cette méthode dont ils sont très satisfaits.

Réaction de Weber. — On met dans un vase à essai une petite quantité de matières à examiner qu'on dilue avec un peu d'eau. On ajoute 1/2 de leur volume d'acide acétique glacial et on triture avec un agitateur. On verse 10 centimètres cubes d'éther qu'on mêle avec précaution aux matières pour éviter la formation d'une émulsion.

On décante l'extrait éthéré, on y ajoute 20 gouttes de teinture fraîche de gaïac dans l'alcool absolu et 40 gouttes, soit d'eau oxygénée, soit de vieille essence de térébenthine. Après quelques minutes, s'il y a du sang en quantité minime, le liquide prend une couleur bleu vert ; si le sang est en quantité plus considérable, il devient bleu violet.

Dosage chimique des graisses des fèces. — Nous avons constaté que l'appréciation de la quantité des graisses des fèces est difficile. Nous reconnaissons facilement une selle fortement graisseuse, mais des troubles plus légers dans la digestion et l'absorption des graisses sont plus difficiles — presque impossibles à apprécier.

Nous pouvons grossièrement au microscope chercher si les acides gras en aiguilles ou les blocs jaunâtres des savons sont beaucoup plus abondants que les gouttelettes transparentes qui représentent les graisses neutres. Mais ce procédé est encore grossier et ne donne des résultats que dans les cas absolument nets.

C'est pour cela que Muller et, en France, René Gaultier ont cherché à doser chimiquement les graisses des fèces.

Gaultier donne au malade un repas d'épreuve unique qui doit être pris à jeun le matin au réveil. Il délimite les fèces en faisant prendre au début du repas un cachet contenant 0 gr. 30 de poudre de carmin.

Il prend un poids déterminé des fèces qu'il triture et traite par l'éther additionné d'acide chlorhydrique (qui décompose les savons). On a ainsi le poids total des graisses (y compris la cholestérine et la lécithine des fèces, qui importent peu en pratique d'après Gaultier).

On traite l'extrait éthéré-chlorhydrique total par l'eau, qui dissout les savons, et on le dose en le précipitant par le chlorure de baryum. Dans la partie éthérée on dose les acides gras par une solution alcoolique de potasse à 1 p. 100 en présence de phénolphtaléine.

Par différence, on obtient le poids des graisses neutres.

A l'état normal, on trouve dans les fèces 55 p. 100 des graisses ingérées. 75 p. 100 de ces graisses sont dédoublées (il y a 24 p. 100 de graisses neutres, 28.8 p. 100 d'acides gras, 37 p. 100 de savons.)

Rousselet a modifié un peu la méthode de dosage des graisses des fèces. Il épuise les fèces seulement par l'éther, qui dissout les graisses neutres et les acides gras. Dans cet extrait éthéré, il dose par la potasse les acides gras (comme dans la méthode de Gaultier). Par différence il obtient le poids des graisses neutres.

Le résidu des fèces est traité par l'alcool chlorhydrique à 1/10 (qui décompose les savons et met les acides gras en liberté). On évapore à siccité, on traite par l'éther et on dose dans ce nouvel extrait éthéré les acides gras qui représentent les savons décomposés.

Etude biologique des fèces

Les études de toxicité des fèces, entreprises par Roger, Charrin, Le Play, etc., extrêmement intéressantes au point de vue pathologique, ne sont susceptibles d'aucune application pratique.

On a cherché à déterminer l'activité pancréatique par l'étude de la trypsine des fèces. Brugsch s'est fait le défenseur de ce procédé d'examen.

Enriquez, Ambard, Binet, Stodel, ont proposé de mesurer l'activité pancréatique par la recherche dans les fèces de l'amylase, ferment dont on mesure l'activité diastasique beaucoup plus facilement que celui de la lipase ou la trypsine.

Pour ce but, on doit obtenir les selles par purgation avec l'eau-de-vie allemande 12 heures après le dernier repas. On additionne une certaine quantité de selles d'empois d'amidon à 1 p. 100, on met dans l'étuve à 37. On arrête l'hydrolyse au bout d'une heure par 3 gouttes de Na OH et on dose le sucre formé.

F. — Examen bactériologique

En dehors de la recherche de quelques microbes spécifiques et de ceux de quelques diarhrées infantiles, l'examen bactériologique des selles ne nous fournit pas de résultat pratique net pour l'examen médical de l'intestin. — Combes insiste pourtant sur cet examen.

Dans les selles normales du régime, c'est le coli-bacille qui prédomine.

Dans les entéropathies d'origine gastrique prédominent le bacille lactique, les sarcines, flagellés, levures.

Dans les selles qui fermentent riches en hydrocarbones, on rencontre des champignons filiformes, des spores, des clostridies, etc.

INTERPRÉTATION DES DONNÉES FOURNIES PAR L'EXAMEN DES FÈCES.

A. *Signification de la présence des fibres musculaires non digérées dans les selles après le régime de Schmidt.*

D'après Schmidt, l'apparition dans les selles de régime de fibres musculaires indiquerait un trouble de la digestion de l'intestin grêle, l'estomac dissout la viande dans une proportion bien faible. Dans le gros intestin, de même, la viande n'est pas soluble (1).

Pour constater si ce trouble appartient à l'intestin ou au pancréas il faudrait rechercher la digestion des noyaux musculaires. En effet, la nucléine qui constitue les noyaux n'est pas désagrégée par le suc gastrique ni par le suc intestinal. Sa digestion est une fonction spéciale du suc pancréatique. C'est en se fondant sur ce fait que Schmidt a proposé l'épreuve suivante. On fait durcir dans de l'alcool de petits fragments de viande ; on fait avaler ces fragments enveloppés dans une gaze fine, de façon à ce qu'on puisse facilement les recueillir dans les fèces. Après les avoir retrouvés dans les fèces, on dissocie avec des aiguilles quelques fibres musculaires qu'on étale sur une lame. On examine après coloration avec du bleu de méthylène étendu, pour voir si les noyaux sont intacts ou non. Einhorn (de New-York) a remplacé la viande par du thymus (ris de veau) tissu très riche en noyaux. L'opinion de Schmidt sur la valeur de ce procédé a été admise par Mathieu et J. Ch. Roux (2).

B. *Signification de la présence de tissu conjonctif non digéré dans les selles.* — Le suc gastrique seul digère le tissu conjonctif. Le chien nourri avec de la viande exclusivement ne présente ni fibres musculaires, ni fibres conjonctives dans les fèces. Mais si on introduit directement la viande dans l'intestin grêle par une fistule duodénale, par exemple (expérience d'Ogata), on voit apparaître dans les selles un grand nombre de fibres conjonctives non altérées.

Carvallo et Pachon constatent que le tissu conjonctif n'est pas digéré chez un chat privé d'estomac. Roux et Riva aboutissent aux mêmes résultats dans leurs expériences.

C'est Fabre et surtout Schmidt qui ont recommandé ce procédé pour apprécier l'activité de la digestion gastrique.

Les troubles gastriques reconnaissables par la présence dans les selles de tissu conjonctif ne sont pas uniformes. Dans la majorité des cas, il s'agit de malades hyposthéniques. Mais on peut aussi rencontrer du tissu conjonctif dans les cas soit d'une traversée trop rapide de l'estomac, soit d'une insuffisance de la sécrétion peptique (insuffisance qui, d'après les études récentes, peut se rencontrer même avec une hypersécrétion chlorhydrique) (3).

C. *Signification de la présence de quantités trop abondantes de graisses dans les selles.* — En pratique, on ne peut tenir compte que d'une augmentation considérable des matières grasses dans les selles.

D'après Schmidt, une quantité considérable de graisses peut se rencontrer dans les cas suivants.

1° Insuffisance de sécrétion biliaire, ou obstacle de déversement de la bile dans l'intestin (la réaction au sublimé est dans ce cas négative) ;

2 Troubles de sécrétion pancréatique. Dans ce cas la réaction du sublimé peut être positive, les graisses se voient au microscope sous forme de gouttelettes (graisses neutres non dédoublées) ;

3° Dans certains troubles intestinaux (c'est rare), il s'agit tantôt d'entérite tuberculeuse avancée, tantôt de troubles isolés de la digestion des graisses décrits par Salomon (1). Le diagnostic différentiel n'est possible dans ces cas que, par exclusion et en tenant compte d'autres signes morbides (mucus, processus de décomposition, etc.).

L'analyse chimique des fèces nous fournit des renseignements plus précis. Voici les conclusions de René Gautier.

Dans les cas où la fonction biliaire est supprimée il y a hypostéarrhée ; on trouve dans les fèces 35 à 45 % des graisses ingérées (au lieu de 55 % comme à l'état normal). Il y a en plus hypostéatolyse, 35 à 40 % des graisses sont dédoublées en savons et acides gras (au lieu de la normale 75 %).

Dans les cas où la fonction pancréatique est supprimée, il y a stéarrhée avec forte hypostéatolyse. On retrouve dans les fèces 70 % des graisses ingérées, dont 15 % seulement sont dédoublées.

Lorsque les fonctions biliaires et pancréatiques sont simultanément supprimées, la stéarrhée et l'hypostéatolyse sont beaucoup plus accentuées. On trouve dans les selles 90 % des graisses ingérées, dont 11 % sont dédoublées.

L'analyse des graisses nous fournit par conséquent des renseignements sur l'état du pancréas. Malheureusement, elle n'est pas toujours infaillible — surtout dans les cas au début.

Aussi doit-on s'adresser à d'autres moyens en même temps : à l'épreuve des noyaux de Schmidt et à l'épreuve thérapeutique conseillée par Carnot (2). On peut soupçonner l'influence pancréatique digestive toutes les fois que l'opothérapie pancréatique améliore la digestion.

D. *Signification de la présence de mucus dans les selles.* — Le mucus des selles indique une lésion inflammatoire tantôt de l'intestin grêle, tantôt — c'est le cas le plus fréquent — du gros intestin.

A l'état normal, le mucus, si abondamment sécrété par l'intestin grêle se dissout au niveau du côlon Pour échapper à la dissolution le mucus doit être sécrété en proportion considérable ou encore doit être précipité par un ferment isolé par le professeur Roger, la mucinase. (Ce ferment est secrété par la muqueuse intestinale lorsqu'elle est enflammée.) Les lavages intestinaux intempestifs peuvent déterminer la présence de mucus dans les selles.

Chez beaucoup de malades atteints de colite chronique, le meilleur moyen de prolonger indéfiniment l'hypersécrétion de mucosités est de donner tous les jours un lavage de l'intestin.... Il suffit de supprimer les lavages et de faire disparaître la constipation par un procédé qui ne puisse irriter l'intestin (régime alimentaire, électricité) pour voir disparaître souvent en quelques jours les membranes et les mucosités. (Mathieu et Roux, *loco citato.*)

Dans la majorité des cas la présence de mucus dans les selles indique une lésion du côlon, le plus fréquemment une entérocolite mucomembraneuse. C'est dans ce groupe

(1) SCHMIDT. — *Archiv. f. Verdauungskrankeiten*, 1898, p. 280.
(2) Pathologie gastro-intestinale, Paris 1909.
(3) KŒVESI. *Archiv. für Verdauungskrankheiten*, 1899, p. 216, SCHORLEMMER. — Même revue, 1902.

(1) SALOMON. — *Verh. der Krongress für innere Medicin*, 1902, p. 244.
(2) CARNOT. — Maladies du pancréas, *in*. Tr. de Méd. Brouardel et Gilbert.

de faits que nous rangerons le mucus qu'on rencontre au cours de diverses coliques et au cours de dysenteries.

Enfin il y a des myxorrhées réflexes. Il suffit qu'il y ait dans un organe de voisinage un point irrité pour que l'intestin puisse réagir par la production de mucosités.

Le traitement démontre la présence de ces réflexes. Il suffit de traiter l'utérus, le foie, l'estomac, pour constater la disparition de ce mucus dans les selles.

Tels sont les faits. Nous n'aborderons pas la pathogénie. Dans les cas que nous venons de signaler, est-ce la constipation qui commence ou la myxorrhée? C'est une question encore à l'étude, mais qui nous intéresse fort peu pour le but que nous nous proposons.

E. *Signification de la présence de résidus de substances hydrocarbonées.*

D'après Schmidt, le déficit digestif des hydrocarbures indique une lésion située à la hauteur de l'intestin grêle.

Lorsque les hydrocarbures ne fermentent pas (épreuve négative de l'étuve), la présence de ces hydrocarbures n'indique pas un trouble digestif sérieux, lorsque ces hydrocarbures fermentent (épreuve positive de l'étuve) cette fermentation indique la présence d'un trouble intestinal isolé par les travaux de Schmidt sous le nom de dyspepsie intestinale de fermentation.

F. *Signification de la présence de putréfactions des albuminoïdes.*

La présence d'une putréfaction d'albumine à l'épreuve de l'étuve est l'indice de troubles digestifs graves qui s'accompagnent en général des lésions anatomiques de la muqueuse intestinale.

G. *Interprétation de la réaction au sublimé.*

Triboulet, qui s'est beaucoup occupé de cette question, admet que lorsque la réaction est rose, il existe dans les fèces un pigment hépatique normal, produit par un foie fonctionnant bien et hydraté normalement, c'est l'hydrobilirubine.

Lorsque la réaction est verte, il s'agit soit d'une évacuation trop rapide, soit d'absence de processus de réduction par suite de troubles de l'intestin grêle. La réaction verte est normale chez les enfants au sein très jeunes. Elle indique la présence de biliverdine.

Si la réaction est jaune, nous sommes en présence de stercobiline, c'est-à-dire d'un pigment modifié défavorablement et produit par un foie qui fonctionne mal. (On rencontre cette réaction dans certains états infectieux.)

Enfin, si la réaction est grise, elle signifie que la bile ne passe pas dans l'intestin.

H. *Signification de la présence d'albumine dissoute dans les fèces.*

Si la réaction de Tschuchiya est positive, elle indique la présence d'une *lésion* de l'intestin, d'un *trouble anatomique* déterminant une perte d'albumose par les fèces.

I. *Signification de la présence de sang dans les selles.*

Le sang décelé par la réaction de Weber ou celle d'Adler indique la présence d'une « hémorragie occulte du tube digestif ». Ces hémorragies occultes peuvent se rencontrer dans différentes conditions.

Le cancer de l'estomac donne lieu à des hémorragies presque constantes, peu intenses et rebelles à toute thérapeutique. Elles sont parfois très précoces.

L'ulcère de l'estomac donne lieu à des hémorragies intermittentes, assez intenses, cédant aux méthodes thérapeutiques. Les autres affections de l'estomac ne présentent pas d'hémorragies occultes.

Dans la pathologie intestinale, la séméiologie des hémorragies occultes est moins précise. On rencontre ces hémorragies dans les cancers et les ulcérations des différents segments de l'intestin.

Enfin on pourra observer dans certains cas d'urémie et de cirrhose hépatique une réaction positive de Weber.

De ce long examen, certains points se dégagent, importants à retenir.

Nous avons voulu déterminer le mode de fonctionnement du tube gastro-intestinal.

Pour ceci, nous lui avons fait exécuter un travail et nous avons cherché à savoir si le travail a été complètement accompli.

Nous avons fait « digérer » à notre tube gastro-intestinal de la viande, des hydrocarbones, des graisses. Nous avons cherché par l'examen des selles à voir si ces éléments avaient été complètement digérés ou s'il en restait qui n'avaient pu être attaqués par les sucs digestifs.

Nous pouvons ainsi déterminer la capacité du tube digestif pour les différents aliments habituels (albumine, hydrates de carbone, graisses).

En nous fondant sur la physiologie, nous pourrons localiser le trouble fonctionnel.

La présence de fibres conjonctives dans les fèces nous affirmera une affection gastrique. L'absence de digestion des noyaux musculaires nous montrera l'achylie pancréatique, etc.

Tels sont les résultats que nous fournit l'examen des fèces. Des procédés chimiques plus exacts (des dosages des graisses des fèces), des recherches biologiques, nous donneront peut-être plus de précision. Mais dans l'immense majorité des cas, l'examen macroscopique détaillé et quelques réactions chimiques simples nous permettront de diagnostiquer les maladies de l'intestin dans cette première période de leur évolution où il n'existe pas encore des signes objectifs très nets mais seulement des sensations subjectives vagues.

Or la thérapeutique est possible surtout dans cette période dite « fonctionnelle ». Albert Robin y insiste depuis longtemps dans ses leçons. On voit donc l'utilité, non seulement pour le diagnostic mais aussi pour le traitement, de cette étude des fèces.

BIBLIOGRAPHIE

BARDET. — Des selles acides dans leurs rapports avec le traitement de la diarrhée. *Bull. général de thérap.*, Paris, 1902.

BOAS. — Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten.

CARNOT. — Mal. du pancréas. *in* Tr. Méd. Brouardel et Gilbert.

COMBE. — L'autointoxication intestinale, Paris, 1907.

COYON. — Le chimisme intestinal des graisses alimentaires. *La Clinique*, 29 octobre 1909.

DASTRE. — Recherches sur l'utilisation des aliments gras dans l'intestin. *Archives de Physiologie*, 1891.

DOBLEN. — Le dosage du ferment protéolytique dans les fèces. *Deutsche Med. Wochenschrift*, 24 juin 1909.

ENRIQUEZ, AMBARD et BINET. — Mesure de la sécrétion pancréatique par le dosage de l'amylase fécale. *Semaine médicale*, 1909, p. 13.

GAULTIER (René). — Exploration fonctionnelle de l'intestin par l'analyse des fèces. Th. Paris, 1905.

— Précis de coprologie clinique, 1907.

— La stéarrhée et l'hypostéatolyse dans le diagnostic des affections biliaires et pancréatiques. *Soc. médicale des Hôpitaux*, 1908, p. 678.

GILBERT et HERSCHER. — De la stercobiline. *Pr. Médicale*, 26 août 1908.
JUILHE. — L'utilisation des graisses alimentaires par l'appareil digestif humain, à l'état normal et à l'état pathologique. Th. Lyon, 1908.
KOLBÉ. — L'a, b, c de l'examen fonctionnel de l'intestin dans la pratique journalière. *Presse Médicale*, 11 avril 1909.
— Examen fonctionnel de l'intestin. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, mars, avril 1909.
LŒPER et RATHERY. — La rétention pancréatique dans le cancer de la tête du pancréas. *Arch. Mal. de l'app. digestif et de la nutrition*, 1909, p. 253.
LYNCH. — Etude des fèces normales. Buenos-Ayres, 1905.
MONGES — Valeur séméiologique de la coprologie. Paris, Th. 1909.
NICLOUX. — Fèces. *in*: Dictionnaire de Richet.
VON ŒFELE. — Technik des chemischer Untersuchung des Menschlicher Kotes. Leipzig, 1908.
ROUX et RIVA. — Etude des fonctions intestinales par le régime d'épreuve. *Gazette des Hôpitaux*, 1905.
— Origine du mucus trouvé dans les fèces au cours des entérites. Soc. de Biol., 1906.
SCHMIDT et STRASBURGER. —Die Faeces des Menschen, Berlin, 1907.
SCHMIDT. — L'examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve, traduction Kolbé, Paris, 1909.
TRIBOULET. — Méthode pour l'examen rapide des fonctions biliaire et intestinale chez l'enfant, à l'état normal et à l'état pathologique. *La Clinique*, 12 mars 1909, 19 mars 1909, *Presse Médicale*, 1909.
TRIBOULET, RIBADEAU-DUMAS et HARVIER. — L'examen clinique systématique des selles dans la pathologie du premier âge. *Soc. de Pédiatrie*, 16 février 1909.

Pour plus de détails bibliographiques, voir les travaux de René GAULTIER.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Impressions d'un simple sur un cours privé

O petite plume imprudente, ou t'égares-tu ? Tu veux épiloguer sur un cours qui fit quelque bruit, sur un habile metteur en scène qui en fit également. Cela, sans te douter que la suprême sagesse comme la suprême habileté consistent à se taire sur tout ce qui ne jouit pas d'avance du consensus unanime ; que partout où d'autres disputent il est prudent de fuir, et qu'un écueil invisible peut te surprendre dans ta hardiesse folle !

Tu me diras que les braves gens ne tiendront pas rigueur à un naïf s'il soumet timidement ses impressions, et que, pour peu qu'il invoque sa bonne foi, ils lui pardonneront... Eh bien ! va, mais ne recommence plus !

***

Or donc c'est samedi dernier que cessèrent les 15 leçons données par M. le Dr Doyen au public parisien. Cette clôture fut solennelle. On y remarquait des personnages officiels, des professeurs au Collège de France, des agrégés de la Faculté, des médecins des hôpitaux.

J'ai assisté à plusieurs séances et toutes m'ont réjoui la vue par ces coupes sagittales, frontales, tronçales, projetées sur un écran lumineux, sous un très fort grossissement et sous des couleurs à peu près naturelles. C'étaient des pièces d'anatomie normale et pathologique, des tumeurs, des appendices, des opérations sur le cadavre ou des photographies d'opérations. C'étaient des théories de coupes à n'en plus finir, au point d'en être encore abasourdi et de ne pouvoir jeter sur le papier qu'une esquisse d'impressions.

On ne peut nier que M. Doyen n'ait fait valoir un superbe moyen de démonstration, admirablement adapté à un grand auditoire, mais à condition d'aller moins vite, de se montrer meilleur pédagogue, à moins d'admettre que les auditeurs soient également instruits, également doués, également prompts dans la facilité de compréhension.

On ne peut affirmer que cette triple condition fût remplie par toute la salle de M. Doyen. Car s'il y avait des médecins et beaucoup d'étudiants, le nombre des dames augmentait à mesure que celui des leçons diminuait, et ces dames n'étaient pas toutes des étudiantes, pas même des sages-femmes, quoiqu'à coup sûr des femmes sages. On avait l'illusion la plus complète du théâtre, quand on entendait ces dames se flatter d'être aux « fauteuils d'orchestre », et des hommes vociférer « chapeau ! chapeau ! ».

***

Pourquoi donc, Monsieur Doyen, tant d'étalage pour un cours privé ? L'exhibition de ces belles coupes ne se suffisait-elle donc pas à elle-même, pour valoir à vos merveilleux talents d'anatomiste et d'opérateur les applaudissements sincères et compétents des nombreux médecins impartiaux ? Je sais bien qu'on a eu le grand tort de vous refuser la parole à la Faculté de médecine. Mais ce n'était pas une réplique élégante que de convier tout Paris à des leçons où il n'y pouvait rien comprendre, où il a pu se repaître de sensations malsaines, où il a peut-être vu défiler à un trop fort grossissement beaucoup d' « hypertrophies du moi », au préjudice possible de vos confrères dont le cœur et le cerveau paraissent plus réduits, faute de savoir aussi bien manier les appareils grossissants. Le public aura pu retenir que les chirurgiens qui n'opèrent pas à la façon Doyen risquent de tuer leurs malades, et qu'avant M. Doyen il n'y avait rien, ni en chirurgie ni en médecine. Ainsi pourrait s'appliquer à M. Doyen le reproche qu'on adresse à certains « officiels » : celui d'être exclusifs et de tout méconnaître en dehors d'eux-mêmes. Mauvaise méthode, qui ne devrait jamais être au service des vrais talents ; méthode antiscientifique, absolument dangereuse pour l'enseignement, qu'il soit officiel ou libre. A moins que les savants qui s'exhibent sur la place publique ne recherchent avant tout et surtout des succès extra-scientifiques. Dans ce cas, je demanderais, au nom de la sincérité de l'enseignement public ou privé, que les professeurs d'anatomie chirurgicale fussent exemptés des soucis de la clientèle.....

Mais jusqu'où vas-tu, petite plume imprudente, retire-toi et ne recommence plus. CORNET.

RADIOLOGIE

Radioscopie et radiographie de l'estomac ;

(*Suite et fin.*) (1).

Par G. LEGROS

Le sujet qui a pris le repas au bismuth (purée, bouillie, semoule ou panade additionnée de 50 gr. de carbonate de bismuth intimement mélangés et si l'on veut de 5 gr. de lactose) est prêt pour un premier examen radioscopique. Cet examen peut même être pratiqué après l'absorp-

(1) Voir le nº 19.

tion des premières cuillerées de bouillie, puis une fois le repas terminé ; il donne alors deux aspects successifs de l'estomac avec contenu variable. Il est bon de faire pratiquer après le repas le décubitus dans la position latérale droite, dorsale, latérale gauche, ventrale, pour répartir également la bouillie sur tous les points de l'estomac.

Les conditions ordinaires d'un bon examen radioscopique sont bien entendu exigibles, il faut donc réaliser l'obscurité absolue dans la salle de radioscopie, attendre quelques minutes dans cette obscurité pour favoriser l'accommodation rétinienne, placer correctement le sujet déshabillé et protégé contre les radiations inutiles. La position de choix pour l'examen est la station debout, elle permet d'orienter facilement le sujet suivant différentes directions, de combiner de même la palpation, la succussion et l'usage du crayon dermographique avec l'examen aux rayons X. On doit d'ailleurs pouvoir également pratiquer l'examen en décubitus dorsal ou ventral en plaçant le malade sur un lit perméable aux rayons et l'ampoule au-dessous de lui.

Enfin on utilisera et choisira exclusivement une ampoule dure, c'est-à-dire en général arrivée à un certain degré de fonctionnement et émettant des rayons pénétrants, rayons n° 8 du radiochromomètre de Benoist et l'on commencera l'examen en laissant le diaphragme très largement ouvert pour l'orientation générale du sujet. Celui-ci est placé debout face au radiographe, la paroi abdominale appuyée contre l'écran et l'ampoule derrière lui, exactement centrée et orientée et distante de la distance maxima compatible avec une visibilité suffisante à l'écran. On illumine alors l'ampoule, l'écran s'éclaire et de suite la cavité thoracique apparaît avec les champs pulmonaires transparents barrés par les stries transversales opaques des côtes et celles plus sombres encore des clavicules.

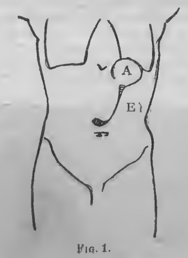


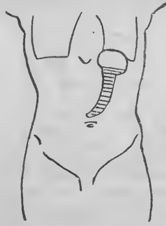
Fig. 1.

Verticalement, la bande sombre de l'aorte et du sternum et plus bas celle du cœur infléchie à gauche et animée de mouvements rythmiques, séparent les deux zones pulmonaires claires.

Celles-ci sont limitées inférieurement par deux bandelettes horizontales incurvées : le diaphragme, présentant un mouvement régulier d'ascension et de descente d'une amplitude variable avec les sujets, enfin sous la bandelette gauche, une zone claire, rythmiquement modifiée dans son aspect par la mobilité du diaphragme, attire l'attention : c'est la chambre à air de l'estomac ; tout en bas la crête iliaque gauche, en arrière, la colonne vertébrale, limitent la région qui nous intéresse et sur ce champ que nous avons repéré l'opacité de l'estomac contenant la bouillie au bismuth se détache déjà nettement. Nous diaphragmons alors pour limiter l'étendue du champ visible et en rendre les détails plus nets.

1° Si l'examen est fait *chez un sujet normal* au cours de l'absorption de quelques cuillerées de bouillie (50 gr. environ), l'estomac se présente sous l'aspect d'une ombre rubanée E, commençant au-dessous de la poche à air A, puis dirigeant la concavité à droite et en haut vers le foie et se terminant un peu au-dessus de l'ombilic (repère inconstant) par un renflement (fig. 1). Ce renflement indique déjà une certaine accumulation de bismuth au point le plus déclive, et la ligne courbe E n'est au contraire dessinée que d'une manière intermittente par les passages successifs des gorgées de bismuth dégluties. A mesure que le repas s'achève, l'accumulation du bismuth devient plus considérable dans la partie inférieure, le renflement se dilate, et son opacité remonte peu à peu jusqu'au niveau de la chambre à air ; le ruban est transformé en un tube large (fig. 2) présentant la même concavité, la même direction mais nettement élargi de bas en haut jusqu'à la chambre à air, où l'élargissement est au maximum.

La ligne courbe du tracé schématique qui figure ce type d'estomac normal est d'un seul jet, c'est le dessin d'une corne renversée (Holzknecht) très arrondie à sa pointe et, caractère essentiel, son point le plus déclive est à son extrémité.


Fig. 2.

Mais cette disposition normale est en quelque sorte un type idéal, rarement rencontré, et dans la grande majorité des cas, le point le plus déclive est avant le pylore, en un point qui forme sur la grande courbure un cul-de-sac à peu près également distant de l'incisure de His et du pylore.

L'incisure de His étant elle-même un sillon intermédiaire à la grosse et à la petite tubérosité, la grande courbure se trouve présenter 2 repères visibles du cardia au pylore qui la subdivisent en 3 portions : une première avant l'incisure de His, une seconde entre celle-ci et le cul-de-sac que nous avons signalé, une troisième entre celui-ci et le pylore. Le cul-de-sac de la grande courbure peut être plus ou moins accusé, mais il existe d'une manière presque constante, même chez les adultes sans symptômes gastriques, et sa présence constitue déjà un premier degré de dilatation (fig. 3).

Tels sont après repas au bismuth les aspects fournis par la radioscopie chez un adulte considéré comme normal. On peut en prendre des décalques sur l'écran fluorescent ou des radiographies sur la plaque sensible, mais ces aspects ne répondent qu'à une disposition anatomique de l'organe, or les fonctions physiologiques les plus essentielles peuvent elles-mêmes être étudiées et mises en évidence, ce sont celles de la motricité.

L'évacuation de l'estomac se fait par périodes successives correspondant à l'isolement de l'antre du pylore par un anneau de contraction ; l'évacuation des liquides à jeun est presque immédiate ; elle débute dès leur arrivée dans l'estomac, celle des bouillies au bismuth plus facile à étudier, est précédée de l'apparition d'ondes péristaltiques présentant sur la grande courbure l'aspect de sillons mobiles ou d'ondulations rapides, à direction convergente, vers le pylore. Ces contractions, remarquables par leur netteté et leur énergie, pétrissent en quelque sorte la masse de bismuth, la subdivisent en segments coniques ou cylindriques chassés peu à peu dans l'antre du pylore, puis à travers le pylore dans le duodénum. On doit estimer comme normale l'évacuation de l'estomac au bout de trois heures à trois heures et demie après le repas au bismuth ; à ce moment se produisent les dernières contractions énergiques, « contractions de clôture », qui déversent le résidu alimentaire dans le duodénum. L'appréciation de la vigueur et de la netteté des contractions pyloriques est très facile chez un sujet maigre à péristaltisme actif, il faut tenir compte pour leur appréciation de la facilité plus ou moins grande des conditions d'observation.

2° Quelles sont à présent les principales modifications

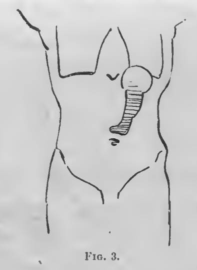


Fig. 3.

pathologiques que peut accuser la radioscopie ? Elles sont naturellement de deux ordres. On peut tout d'abord évidemment percevoir à l'écran les modifications de situation, de direction, de volume et de forme de l'estomac ; on peut d'autre part constater la présence d'aliments le matin à jeun, ou bien un retard de l'apparition des contractions ou une contractilité faible, indices d'une motricité viciée aboutissant à un retard de l'évacuation gastrique ; enfin l'état spasmodique est lui-même parfois mis en évidence par la radioscopie. Quelle est la valeur de ces différents symptômes radioscopiquement constatés ?

a) *Dilatation, atonie.* — Le diagnostic de dilatation se base à la fois sur la forme, la situation et le mode de remplissage et d'évacuation de l'estomac. Nous avons déjà décrit le premier degré de dilatation s'observant presque constamment chez des adultes normaux ; à un second degré, il se fait au niveau même du pylore, immédiatement avant lui, un second cul-de-sac, l'aspect de l'ensemble de l'estomac est celui d'un bas de laine (fig. 4).

En admettant ce type du bas de laine décrit par Guillon dans sa thèse en 1907, nous nous séparons de cet auteur et en faisons un degré de dilatation plus accentué que le précédent. Ce sont pour nous deux assez volumineuses dilatations, répondant à la grande courbure et au pylore, qui constituent ce type, celle de la grande courbure étant particulièrement susceptible de prendre un volume considérable.

Enfin dans un 3e groupe (3e degré de dilatation) nous plaçons les estomacs volumineux, globuleux qui ne gardent plus la forme généralement allongée en tube des types précédents, mais s'étalent transversalement à la manière d'une poche ou d'un sac.

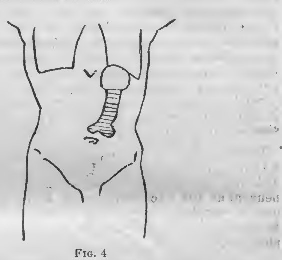


Fig. 4

Cet aspect est bien caractéristique dans la figure 5, radiographie de l'estomac d'une femme de 50 ans, après repas de 400 cc. de semoule au lait et de 50 gr. de carbonate de bismuth : cet estomac présente la dilatation globuleuse de la grande courbure et la petite dilatation prépylorique ; la limite inférieure de l'organe est très



Fig. 5.

voisine de la crête iliaque, enfin la chambre à air et l'incisure de His y sont nettement appréciables.

Dans les estomacs présentant ce degré de dilatation, le mode de remplissage par l'eau est très spécial. Il se fait, comme nous l'avons dit, sans adaptation des parois, il faut 200 cc. de liquide ou davantage pour que le niveau gastrique s'élève au point qu'atteignent de suite

50 cc. dans un estomac normal. L'évacuation est retardée, moins énergique, elle ne présente pas les belles contractions rythmiques des musculatures normales.

L'*aérophagie* est bien caractéristique ; elle est décelable sans repas spécial et est surtout typique à la radioscopie. Le sujet présente alors au-dessous de la partie gauche du diaphragme une sphère claire brillante, assez volumineuse parfois pour refouler le diaphragme en haut et modifier la direction normale du cœur ; l'aspect est assez bien celui d'une énorme bulle gazeuse et la translucidité remarquable de ce point fait faire quelquefois du premier coup d'œil le diagnostic précis, alors que la radioscopie est pratiquée pour des troubles cardiaques par exemple dont on ne soupçonnait pas l'origine. Les radiographies, les schémas (fig. 6) et calques radioscopiques ne rendent que très imparfaitement cet aspect spécial.

Ptoses. — Les ptoses gastriques, en général associées à d'autres ptoses viscérales, s'accompagnent presque toujours d'atonie, c'est-à-dire de diminution de la motricité ; elles peuvent ne pas s'accompagner de dilatation, c'est-à-dire que le remplissage s'y fait quelquefois avec adaptation du contenant au contenu. Le plus souvent cependant, ptose, atonie, dilatation, sont réunies (Enriquez) ; ces cas

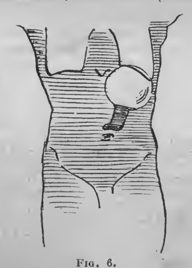


Fig. 6.

sont fréquents chez les femmes qui présentent le type clinique de la dyspepsie asthénique, on constate alors l'existence d'un estomac à limite inférieure extrêmement basse parfois voisine du pubis. Le niveau du liquide dans ces cas, après ingestion de 200 cc. de liquide, reste encore bien au-dessous de l'ombilic.

Enfin l'estomac attire dans sa ptose la 1re portion du duodénum et la coude sur la seconde, fixe, et l'on conçoit le retard apporté à l'évacuation gastrique dans ces cas où une contractilité faible doit lutter à la fois contre la situation déclive du contenu et contre la coudure du canal d'évacuation.

L'*estomac biloculaire* donne une image particulièrement nette et spéciale : c'est celle d'un sablier ou de 2 poches séparées par un rétrécissement ; il faut signaler ici une cause d'erreur possible chez les malades habituellement soumis thérapeutiquement à l'ingestion de grandes quantités de bismuth et chez lesquels la disposition d'une masse de bismuth intestinale au-dessous de la masse gastrique peut faire croire, dans les radioscopies difficiles, à un estomac biloculaire.

Parmi les affections organiques de l'estomac, le *cancer du pylore* peut être décelé et par l'étude de la motricité gastrique et par celle des images fournies sur l'écran et les plaques photographiques. Les contractions gastriques (Aubourg) sont très nettement affaiblies. Parfois à une longue période de contractions faibles de 1 à 3 heures succède une période de contractions violentes, comme exagérées par l'obstacle mécanique que réalise le néoplasme à l'évacuation. L'image de l'estomac est enfin absolument spéciale (fig. 7) il existe une suppression complète de la petite portion plus ou moins horizontale qui constitue la région pylorique et juxtapylorique ; cette portion en effet, de par la sténose même, n'est plus perméable au bismuth, elle ne peut donc être rendue opaque et reste confondue avec les régions viscérales voisines. Cet aspect tronqué de l'image gastrique se retrouve dans tous les néoplasmes du pylore ; cette lésion organique réalisant d'une manière particulièrement complète la suppression fonctionnelle du pylore, on conçoit qu'une lésion non néoplasique réalisant le même effet puisse donner la même image.

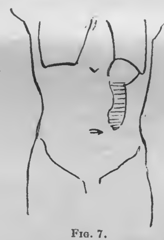


Fig. 7.

Tels sont, succinctement cités, les principaux cas où l'étude radiologique de l'estomac peut heureusement s'associer à l'étude clinique et suppléer à l'insuffisance des résultats fournis per l'étude du chimisme stomacal. On peut estimer, en effet, que la radiologie constitue à elle seule un mode d'investigation facile et certain sur deux points essentiels de la pathologie gastrique : celui de l'état physiologique (motricité), celui de l'état anatomique (volume, configuration extérieure et intérieure et rapports) ; il est rare qu'un procédé clinique réalise et centralise à lui seul autant de résultats précis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 mai 1910.

Développement de l'énergie de la voix.— M. ***Marage***.— L'énergie de la voix étant donnée par le produit VH du volume d'air V qui s'échappe des poumons sous une pression H, il s'agit, pour un chanteur ou un orateur, d'augmenter ces deux quantités.

Le volume V peut être augmenté au moyen de trois exercices respiratoires (C R. Acad. des sc. 11 nov. 1907) ; le facteur H dépend de la faiblesse des muscles expirateurs et des muscles adducteurs des cordes vocales.

Les muscles adducteurs qui pendant la phonation ont le plus d'importance sont les muscles de la paroi abdominale ; il suffit, pour leur maintenir leur fonctionnement normal et éviter l'obésité, de les exercer de la manière suivante : le sujet se couche sur un plan horizontal et relève progressivement le tronc, ses jambes et les cuisses étant immobiles, sans s'aider des membres antérieurs. Cet exercice doit être répété 10 fois de suite chaque jour, loin des repas.

Pour exercer les muscles adducteurs des cordes vocales, il faut faire faire au chanteur des exercices sur les notes aiguës et de plus sur les voyelles É et I, ce qui force les cordes vocales à se rejoindre sur la ligne médiane. Mme Phisalix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mai 1910.

Le chloroforme chez les ictériques. — M. *Tuffier*. — Les accidents hépatiques d'origine chloroformique ont fait autrefois le sujet d'un article que j'écrivis en collaboration avec mon élève Auburtin et que je publiai dans la *Presse médicale* du 16 mars 1906. J'avais constaté par l'étude des observations qu'un état hépatique antérieur ne semblait pas créer une prédisposition. Je ferai remarquer d'ailleurs que les accidents tardifs de la chloroformisation ont une symptomatologie souvent indécise et qu'en l'absence d'autopsie, il est bien difficile de les différencier des accidents d'origine septicémique.

Il ne me paraît pas démontré que l'éther mette absolument à l'abri des accidents de cette nature. J'ai gardé très précis à la mémoire le souvenir d'un malade qui fut opéré d'une fistule anale sous l'anesthésie à l'éther et qui mourut 3 jours après avec des accidents semblables à ceux de l'intoxication chloroformique. A l'autopsie on ne trouva que des lésions dégénératives hépato-rénales mais à prédominance hépatique.

M. *Faure*. — Un de mes malades auquel j'avais fait sous chloroforme une cure radicale d'hydrocèle présenta le lendemain de l'ictère. Celui-ci s'accentua rapidement et le malade succomba 2 ou 3 jours après. Le foie descendait jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Il s'agissait évidemment d'une cirrhose et la mort était due à l'action du chloroforme sur le foie déjà malade.

M. *Chaput*. — Chez un enfant opéré d'appendicite à chaud, j'ai vu au bout de quelques jours survenir de l'ictère, puis du délire avec perte de la vue. Ensuite le ventre s'est ballonné et le petit malade est mort. Ces accidents me paraissent certainement dus au chloroforme.

M. *Reynier*. — Il est certain que le chloroforme a sur le foie de certains malades une action nocive. Mais il n'est pas seul en cause et il ne faudrait pas lui attribuer tous les accidents d'insuffisance hépatique qui se peuvent observer à la suite des opérations et en particulier des opérations abdominales. Il est dans ces opérations des réflexes hépatiques dont le point de départ est l'irritation du sympathique abdominal et du plexus solaire, et qui se traduisent par les mêmes symptômes.

M. *Lucas-Championnière*. — Il me semble en effet qu'on accuse le chloroforme un peu à tort et à travers. Les physiologistes, qui sont les promoteurs de cette campagne, ne se basent que sur des expériences faites sur des animaux dont la réaction au chloroforme diffère essentiellement de celle de l'homme.

Il est certain que cet anesthésique a des inconvénients. Mais ils en ont tous et il me semble inutile et même dangereux de faire ainsi son procès sans être mieux documenté.

M. *Poncet*. — Je ne suis pas du même avis. Je crois, au contraire, qu'il nous faut tenir grand compte des recherches expérimentales qui nous donnent l'explication d'accidents dont la nature nous était restée inconnue. Il est aujourd'hui certain que le chloroforme altère gravement le foie. C'est une raison de plus pour employer l'éther de préférence au chloroforme.

Ostéosarcome du tibia. Procédé de Momburg. — M. *Picqué* communique au nom de M. *Abadie* (d'Oran) l'observation d'un jeune homme atteint d'un volumineux ostéosarcome du tibia et auquel la désarticulation de la hanche fut faite avec hémostase par le procédé de Momburg. Le jeune malade était très cachectisé et il convenait en effet d'éviter toute perte de sang. L'hémostase fut parfaite et les suites absolument normales.

Autoplastie uréthrale par transplantation veineuse. — M. *Legueu* présente un rapport sur une observation de M. *Tanton* (Val-de-Grâce) ayant trait à une tentative d'autoplastie de l'urèthre par transplantation d'un segment de la saphène interne. M. Tanton a publié ses premières expériences le 27 janvier 1909. Depuis, plusieurs autres chirurgiens ont appliqué ce procédé à l'homme. Dans ce cas particulier il s'agissait d'un hypospade congénital dont le méat siégeait à 1 centimètre au-dessous du sillon balano-préputial.

Après avoir libéré la partie antérieure de l'urèthre et tunnellisé le gland à l'aide d'un gros trocart, il introduisit dans ce tunnel une sonde n° 16 chargée d'un long segment (10 cm.) de veine prélevé sur le malade. Ce segment fut alors suturé au méat artificiel d'une part, à l'urèthre d'autre part et latéralement aux corps caverneux.

Cette tentative fut suivie d'un échec complet, une bande laissée à demeure ayant provoqué l'infection et l'élimination du lambeau. Une nouvelle tentative, faite un mois après, fut suivie de succès car on avait eu soin de ne laisser ni sonde ni bougie à demeure ; une cystostomie sus-pubienne de dérivation avait été faite 15 jours avant. Actuellement cet urèthre reconstitué admet une sonde n° 20 et la miction se fait parfaitement.

M. Tanton a examiné sur le chien qui avait servi à ses expériences le canal de transplantation 14 mois après sa constitution : le calibre de la greffe s'était rétréci et n'admettait plus qu'un 7 au lieu d'un 12. Par des coupes en série il a vu de plus que l'endothélium veineux avait disparu au niveau de la greffe et qu'il était remplacé par deux assises de cellules cylindriques, puis au-dessous par plusieurs rangées de cellules polyédriques dont les plus superficielles, aplaties, sont épidermiques. Il se produit donc une véritable épidermisation comme dans les trajets fistuleux. Le transplant veineux n'est donc qu'un tube creux et élastique destiné à rétablir la continuité du canal uréthral, que son endothélium est destiné à disparaître pour faire place à un épithélium pavimenteux stratifié qui sera le revêtement définitif. Dans ces conditions, peu importe donc que la veine soit altérée dans ses parois, qu'elle soit variqueuse ou non. Avec une artère, comme l'a proposé Unger, ce ne serait probablement pas mieux. Quoi qu'il en soit, les résultats éloignés nous montreront plus tard ce que valent ces transplantations.

M. *Bazy*. — J'ai appliqué ce procédé dans un cas de rétrécissement pénien inflammatoire. Je réséquai la virole et réunis les 2 bouts de l'urèthre par un segment de saphène de 2 cm. 1/2 de long. Au 17e jour, l'urèthre admettait une bougie n° 18.

M. *Marion*. — J'ai mis en pratique une fois le procédé de Nové-Josserand pour un hypo-spadias déjà opéré sans succès par plusieurs chirurgiens. Tout alla bien d'abord. Mais quelques semaines après, apparut un rétrécissement qui, malgré les dilatations, alla en s'accentuant si bien que je dus fendre le canal pour permettre au malade d'uriner.

L'échec en ce cas me semble d'ailleurs dû au malade plutôt qu'au procédé.

Présentation de malades. — M. *Chaput* présente deux malades munis d'un appareil bivalve pour le traitement des fractures de jambe et des tumeurs blanches du pied et permettant le massage, la marche, les pansements, sans supprimer l'immobilisation.

M. *Walther* présente un malade guéri depuis plus de 6 ans par la suture d'une fistule broncho-cutanée.

Séance du 11 mai 1910

Les hémorragies post-opératoires. — M. *Chavasse*. — Etant en Algérie, j'ai eu à soigner pour un phlegmon du coude un homme de 47 ans, alcoolique, n'ayant jamais eu d'accidents paludéens. Le phlegmon incisé, il se produisit une hémorragie abondante avec caillots. Le lendemain, la cavité fut tamponnée et on administra au malade de la quinine et de l'ergotine. Mais des nouvelles hémorragies survinrent les jours suivants. Elles ne s'arrêtèrent qu'après l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique, procédé conseillé autrefois par Verneuil.

Le chloroforme chez les ictériques. — M. *Sieur*. — On a déjà fait remarquer que le diagnostic entre l'ictère infectieux et l'ictère post chloroformique était difficile. Chez un jeune homme de 24 ans, alcoolique et saturnin, qui avait eu la rotule brisée en trois fragments je fis une suture de la rotule. L'anesthésie au chloroforme fut difficile. Après l'opération, la température restant à 37°5, 37°8, le pouls monta à 110° à 120° et survinrent des vomissements, du subictère avec urines rares d'abord, puis anurie. L'ictère se fonça, le malade tomba dans le coma et mourut avec cyanose des extrémités. A l'autopsie il y avait un peu de sérosité louche dans le genou, le foie était gros, les reins con-

gestionnés. J'avais cru dans ce cas à de l'infection et aujourd'hui je me demande si une grande part de ces accidents ne sont pas dus au chloroforme.

M. **Potherat**. — J'ai souvent vu des ictères plus ou moins graves survenir après la chloroformisation, surtout quand il s'agissait de maladies infectieuses, d'appendicite par exemple. Le plus souvent ces ictères rétrogradent et disparaissent. Il y a deux ans, j'ai opéré d'un volumineux fibrome utérin, par la voie abdominale, une femme de quarante-trois ans, qui à la suite de l'opération, qui fut longue, présenta des accidents d'ictère grave et mourut le 4e jour. Là encore on pouvait hésiter entre une septicémie et une intoxication chloroformique.

L'éther peut d'ailleurs donner aussi de l'ictère.

Amputation tibio-calcanéenne. — M. **Sieur** fait un rapport sur une observation de M. Jacob (Aimé) relative à un jeune soldat qui avait eu les deux pieds gelés. On fit à gauche une amputation de jambe, à droite une amputation tibio-calcanéenne suivant le procédé de Ricard. Le résultat fut excellent.

M. **Ricard**. — Cette opération est surtout une opération économique. Il faut conserver le plus de parties molles possibles et profiter de tout ce qu'on a de peau. Si on n'en a pas assez on coupe des tranches de calcanéum jusqu'à ce qu'on puisse recouvrir. Les résultats, excellents dans les traumatismes, sont moins certains dans la tuberculose. ainsi que je l'ai constaté dans un cas.

Traitement des abcès du poumon. — M. **Tuffier**. — La chirurgie pulmonaire n'est pas encore très perfectionnée malgré les progrès récemment réalisés. La thérapeutique des suppurations pulmonaires a passé par deux phases : d'abord la pneumotomie et le drainage — ensuite la thoracotomie avec désossement et création d'adhérences pulmonaires.

J'ai tenté de faire mieux à l'aide d'une greffe. Chez un malade de M. Debove qui présentait des symptômes nets de gangrène pulmonaire intermittente depuis 4 ans et qui, le 10 avril, fut pris d'une nouvelle poussée, je fis une ponction et retirai 200 grammes de liquide brun, épais et fétide. La radiographie montrait une ombre à gauche, au-dessus et en dehors de la région cardiaque.

Le 20 avril, sous le chloroforme, je fis une incision dans la ligne axillaire, réséquai les 5e et 6e côtes. En arrière la plèvre adhérait au poumon. Cette adhérence fut détruite, le poumon s'éloigna des côtes, et dans le pneumothorax extra-pleural ainsi créé, j'insérai un lipome opéré quelques jours auparavant et conservé aseptiquement dans la glace. Je suturai ensuite par dessus, sans drainage.

Le malade que je vous présente est aujourd'hui guéri. Le accidents se sont rapidement améliorés et le 3e jour il ne crachait plus et les signes cavitaires avaient disparu. Je crois donc que des greffes de ce genre et surtout des greffes d'épiploons pourraient rendre dans des cas pareils de grands services.

M. **Souligoux**. — Ce procédé me paraît surtout applicable aux cas chroniques. Dans les cas aigus, je crois que la pneumotomie serait préférable.

Présentation de malades. — M. **Rouvillois** présente un malade atteint de sténose du larynx consécutive à une fièvre typhoïde, chez lequel il a fait une laryngostomie suivie de dilatation caoutchoutée.

M. **Ricard** présente 3 malades atteints de nœvi de la face traités et guéris par l'air chaud.

Au cours de la séance ont été élus : M. Savariaud membre titulaire, et M. Robert membre honoraire de la Société.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 13 mai 1910

Décapsulation des deux reins pour anurie scarlatineuse — MM. **H. Leroux**, **Genouville** et **A. Huguier** rapportent l'observation d'un jeune homme de 20 ans atteint de scarlatine qui fut pris, 6 jours après le début de sa maladie, d'une crise d'oligurie grave avec albuminurie. Quatre jours plus tard, l'anurie était complète. Le malade fut opéré d'urgence après anesthésie au chloroforme. On fit, des deux côtés, la décapsulation des reins après incision lombaire. Les deux reins étaient doublés de volume, rouge violacé. La capsule très mince, très friable se laissa enlever avec la plus grande facilité ; seule, l'extériorisation des reins fut un peu difficultueuse en raison de leur situation haute et de leur augmentation de volume.

Le lendemain de l'intervention, l'opéré urine 50 gr. d'urine le surlendemain 160 gr. le pouls était bas et la température presque normale. Le 4e jour, le malade avait 510 gr. d'urine, mais le pouls devint irrégulier, la face présenta une coloration subictérique, il y eut des selles hémorragiques et du saignement des deux plaies. La mort survint le matin du 5e jour.

Les auteurs pensent que, dans ce cas, la double décapsulation eut une influence excito-sécrétoire très nette sur les reins et que la mort fut moins le fait des lésions rénales que de l'altération et de l'insuffisance du foie plus touché encore que les reins par l'infection scarlatineuse.

Section de la cloison recto-vaginale par un pessaire de porcelaine ayant séjourné cinq ans dans le vagin. — M. **Péraire** fait un rapport sur cette observation envoyée par M. **Béchet** (d'Avranches) — M. Béchet après avoir sectionné la partie supérieure de la cloison recto-vaginale put extirper le pessaire ou plutôt l'hystérophore en porcelaine dont une moitié était engagée dans le rectum. Dans un second temps, plusieurs mois après, il ferma la fistule recto-vaginale en dédoublant la cloison très haut jusqu'au dessus de l'orifice et en suturant en sens contraire les parois du vagin et du rectum. Il termina par une perinéorraphie aux fils métalliques. Guérison. M. Péraire fait le procès des pessaires destinés à traiter les prolapsus génitaux. Il estime que les moyens véritablement chirurgicaux seuls doivent, à l'heure actuelle, être employés pour remédier à ce genre d'affection.

Présentation. — M. **Paul Delbet** présente un appendice qui était descendu dans une hernie inguinale droite et qui était le seul organe hernié adhérent au sac. L'adhérence se faisait par le méso-appendice étalé sur la paroi postérieure du sac. Cet appendice paraît avoir été, par sa présence seule, la cause des douleurs et des crises de vomissements fréquentes, il ne présentait pas trace d'altérations. Au cours de la cure radicale, l'appendice allongé et mince simulait le canal déférent.

A. Huguier,

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 13 mai 1910. présidence de MM. Boursier et Cayla

Traitement préventif de la syphilis (Suite). — M. **Butte**, à propos de la communication de M. Gastou sur le traitement préventif et non abortif de la syphilis, demande que la Société soit appelée à donner son avis autorisé sur cette question, soit en priant M. Gastou d'apporter des conclusions motivées, soit en chargeant une commission spéciale de rédiger ces conclusions sur lesquelles la Société pourrait voter.

M. **Hallopeau** demande à ses collègues d'expérimenter le traitement anti-syphilitique qu'il préconise. Ils ne courront aucun risque, car ce traitement comprend tous les moyens usuels du traitement intensif ; l'injection locale constitue en outre une arme plus puissante que les autres.

M. **Hallopeau** a observé 14 cas favorables sur 14.

M. Paul **Guillon** rappelle la campagne qui a été faite contre l'affichage charlatanesque dans les édicules publics ; elle sera certainement reprise, et en attendant, il est indispensable d'affirmer hautement qu'il n'existe pas encore de traitement abortif de la syphilis.

Présentation d'ouvrage. — M. **Debout-Destrées** présente brochure intitulée : *l'uréthrite goutteuse.*

Présentation de malade. — M. **Dabout** présente un malade opéré d'ostéome traumatique intramusculaire du vaste externe de la cuisse droite ; il apporte en même temps la production osseuse néoformée et les radiographies relatives à cette affection, consécutive à un coup de pied de cheval.

L'auteur insiste sur l'apparition relativement tardive de cet ostéome, une première radiographie faite six semaines après l'accident ayant été négative, et sur la pathogénie de ces formations osseuses dans les muscles.

M. **Coudray.** — L'origine périostique des ostéomes a cédé le pas à l'origine myopathique qui est aujourd'hui admise par le plus grand nombre des auteurs à l'exception toutefois des ostéomes nés au voisinage des articulations où le rôle du périoste est incontestable.

M. **Bouvet**, ayant eu l'occasion d'opérer un ostéome recouvert de périoste et faisant corps avec l'os par sa base, pense que l'origine périostique doit être admise pour de tels ostéomes, si elle ne l'est pas pour ceux à siège musculaire.

Traitement opothérapique de l'asthme. (Présentation de malades et de nombreuses photographies).

MM. Léopold **Levi** et H. de **Rothschild**, ont guéri ou très amélioré par le traitement thyroïdien *six cas d'asthme commun neuro-arthritique*. Dans le premier cas, la malade qui était en proie à des crises très intenses depuis 12 années, est restée 26 mois sans crise, depuis le début du traitement.

L'un des 6 cas concerne un infantile de 32 ans. Une autre variété d'asthme remontant à 8 ans et s'accompagnant de troubles menstruels, a été très heureusement modifié par le corps jaune.

La thyroïdothérapie est encore applicable à certains *asthmes symptomatiques*, à certaines *dyspnées asthmatiformes*, à caractère paroxystique des affections cardiaques, rénales, pulmonaires, gastriques.

L'asthme nasal, y compris l'asthme des foins, bénéficie dans divers cas du traitement thyroïdien.

Discussion : MM. A. Nicolas, Amblard, Guelpa, Butte, D. Courtade.

Technique et indications du traitement électrique des corps fibreux de l'utérus. — M. D. **Courtade.** — Les corps fibreux de l'utérus déterminent fréquemment des troubles très importants qui, comme les hémorrhagies, les phénomènes douloureux et les phénomènes de compression, sont rapidement améliorés par l'électricité.

L'auteur a surtout employé l'électrisation galvanique vaginale avec des courants faibles et moyens. L'électrisation est surtout indiquée chez des jeunes femmes ayant de petits fibromes et chez les femmes ayant dépassé 40 ans.

M. **Cayla** demande quels résultats on obtient dans ces cas par l'application des rayons de Roentgen.

M. **Desternes** a obtenu des résultats très favorables en traitant par la radiothérapie des malades atteintes soit de fibromes utérins, soit d'hémorrhagies de la ménopause sans tumeur. Les hémorrhagies cèdent avec une rapidité surprenante.

M. **Guelpa** rappelle les excellents résultats obtenus par les méthodes d'Apostoli.

Nouvelles études sur la peptonisation gastrique. — M. L. **Lematte** étudie le milieu acide favorable à la peptonisation. Il souligne les chiffres différents qu'on obtient lorsqu'on emploie en titrimétrie, soit son réactif (acétone-campêche) soit la phtaléine du phénol. L'auteur démontre que seule, la phénol-phtaléine est influencée par les amines acides issues de la désintégration de l'albuminoïde.

Tuberculose pulmonaire et eaux sulfureuses sodiques. — M. Marcellin **Cazaux.** — Les eaux sulfureuses sodiques, chaudes, agissent au point de vue thérapeutique ; elles ne sont pas spécifiques de la tuberculose pulmonaire, mais elles modifient heureusement les congestions, les fluxions et les catarrhes. Les prédisposés à la tuberculose ou les phtisiques confirmés sans fièvre bénéficieront d'un traitement hydro-minéral aux Eaux-Bonnes, à Cauterets, Luchon, Aix-les-Thermes, Vernet-les-Bains, Amélie-les-Bains, St-Honoré, Challes et Allevard.

M. **Cayla** recommande l'adjonction, à la thérapie thermale, de la cure d'altitude.

ANALYSES

Les injections rectales de sérum artificiel comme traitement spécifique des spasmes du pylore chez le nourrisson, par Rosenhaupt, de Francfort. (*Deutsche Medz. Woch.*, 14 oct. 1909, n° 41, p. 1789.)

Chez un nourrisson atteint de fistules du jéjunum, qui présentait le syndrome clinique du spasme du pylore, Engel, de Dusseldorf, a constaté récemment (*Deutsche. Medz*, Woch., 1909, n° 29) une hypersécrétion gastrique. Il attribue celle-ci à une névrose sécrétoire constitutionnelle, influencee dans ce cas par l'hérédité, les ascendants ayant présenté des manifestations analogues. La thérapeutique de cette affection doit donc être dirigée contre l'hypersécretion gastrique, et viser la réglementation. de l'alimentation tout d'abord. L'atropine, préconisée par Heubner, a plutôt semblé nuisible à Rosenhaupt, action qu'il attribue au fait qu'elle diminue à la fois toutes les sécrétions.

Les expériences de Benczur, à Berlin, ont semblé prouver que les injections rectales de sérum artificiel sont inhibitrices de la sécrétion gastrique. Utilisées par Rosenhaupt dans sa pratique, ces injections lui ont fourni d'excellents résultats dans tous les cas de spasme du pylore. Il signale ce fait dans l'espoir que des recherches complémentaires seront opérées dans cette voie.

R. D.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique hydrologique ; par Baraduc, Félix Bernard, Binet, Collet, Furet, Piatot, Sersiron, Cl. Simon et Tardif. (Masson, éditeur.)

Neuf médecins bien connus de nos villes d'Eaux, appartenant les uns et les autres à la jeune école crénothérapique, se sont réunis pour étudier, affection par affection, les données actuelles de la clinique hydrologique. Ils se sont partagés la besogne de façon à ce que chacun d'eux écrive le chapitre qu'il connaît le mieux et fasse profiter le lecteur de son expérience. Mais ils ont eu la modestie de rester anonymes et indivis, en sorte que c'est par un petit jeu de devinettes que l'on peut retrouver l'auteur de chaque chapitre.

Je crois qu'à la prochaine édition, mieux vaudra, pour chacun, prendre, à la fois, l'honneur et la responsabilité de sa tâche : personne ne trouvera à redire à ce que le médecin d'une ville d'Eaux préconise celle-ci, lorsqu'il en constate journellement les bons effets.

Une autre petite remarque peut être faite, qui dérive, également, de l'extrême modestie des auteurs, de leur désir de ne mécontenter personne et de leur crainte de paraître partiaux : à propos de chaque cas clinique, successivement envisagé, la liste s'allonge des stations favorables qui leur conviennent.

Cette trop grande bienveillance ne va pas sans quelque désarroi pour le lecteur, qui ne trouve pas toujours la solution nette qu'il cherche et qu'il est en droit d'espérer. Je sais bien tout ce qu'a parfois d'injuste un schéma trop absolu ; mais il a, du moins, l'avantage de simplifier la besogne du lecteur et de ne pas le laisser dans l'indécision, mère du scepticisme thérapeutique.

Ces deux petites remarques, tout à la louange des auteurs, étant liquidées, je ne saurais trop louer un pareil livre, qui montre que les « aquatiques » sont tout autre chose que ce que l'on pense encore dans certains milieux, et qu'ils sont capables d'étudier les qualités physiologiques de leurs Eaux ainsi que leurs actions thérapeutiques avec la rigueur scientifique nécessaire.

Comme le disait récemment le prof. Landouzy, dans un autre livre consacré à la crénothérapie (1) : « Jamais assez on « ne proclamera le précieux instrument thérapeutique que re« présente une station thermale. Jamais, non plus, on ne redira « de quel maniement délicat est l'arme à deux tranchants que « met aux mains du crénothérapeute pareille médication ! « Combien, en effet, difficile est sa manœuvre ! Quelle expérience, « quelle sûreté de main, quel doigté, doivent avoir nos con« frères pour juger des indications à remplir chez ceux de nos « clients qui, près de leurs thermes, viennent chercher secours ! « Voilà pourquoi c'est une haute estime et une pleine reconnais« sance que médecins et clients doivent marquer à nos confrères « crénothérapeutes qui, par la bienfaisante application de leurs « Eaux, servent, avec les intérêts des malades, la prospérité de « nos Stations, cela pour le meilleur renom de la clinique ther« male française ».

P. Carnot.

(1) Crénothérapie, climatothérapie, thalassothérapie, par le prof. Landouzy, les professeurs A. Gautier, Moureu, de Launay, les docteurs Heitz, Lamarque, Lalesque, P. Carnot. In *Bibl. de thérapeutique*, Gilbert-Carnot.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des Chefs de Service, des Chefs de Clinique, des Internes et des Externes

A DATER DU 15 *MAI* 1910

HOTEL-DIEU — 1

Méd. : M. le professeur **Dieulafoy** ; chef de clin. : M. Deplay ; chef de clin. adj. : M. Doury ; int. : M. Brac ; ext. : Mlle Nowicka, MM. de Lafargue-Barès, Pigney, Boulland, du Souich, Duclos.

Méd. : M. **Muselier** ; int. : Mlle Condat ; ext. : MM. Mar, Didier, Rocher, Hanras, Vaquette.

Méd. : M. N..., M. Sicard, rempl. ; int. : MM. Galup, Bloch (Marcel) ; ext. : MM Picard, Lehmann (Pierre), Mlles Protopopow, Vigor, MM. Claude, Monin, Farah, Leporcq.

Méd. : M. **Faisans** ; int. : M. de Vaugiraud ; ext. : MM. Babiaud, Haristoy, Lubetzki, de Champs de Saint-Léger.

Méd. : M. **Petit** ; int. : M. Maillet ; ext. : MM. Barété, Pruvost (Léon-Paul), Mlle Tschoumakoiva, M. Garban.

Méd. : M. **Chantemesse** ; int. : M. Jolivet ; ext. : MM. Vallery-Radot, Pasteur, Poirot-Delpech, Weisgerber, Khan (H.).

Chir. : M. le prof. **Reclus** ; chef de clin. : M. Piquand ; chef de clin. adj. : M. Kendirdjy ; int. : MM. Lenoir, Virenque, Mlle de Jong, M. Roy ; ext. : Mlle Jouvin, MM. Toupet, Perrier, Colombier, Allot, Rivet, Dugué, Mugel.

Chir. : M. **Guinard** ; int. : MM. Moure, di Chiara ; ext. : MM. Lacaze, Weill (René), Cornet, Sebenq, Loubrieu, Toupance.

Chir. : M. le prof. **de Lapersonne** ; assistant : M. Coutela ; chef de clin. : M. Cantonnet ; int. : MM. Chenet, Fimbel, ; ext. : MM. Hattat, Faure-Beaulieu, Sauty, Salles, Durville, Goulfier, Boussi.

Consultation. — Méd. : M. **Lœper** ; suppl. : M. Bloch (Paul), int. prov. : M. Ferrand ; ext. : MM. Narcy, Petit (Louis), Toutey, Quinquaud.

Chir. : M. **Anselme Schwartz** ; suppl. : M. Belgrand ; ext. : MM. Viguerie, Lehmann (R.), Fontaine.

HOPITAL DE LA PITIÉ — 2

Méd. : M. **Babinski** ; int. : M. Jumentié ; int. prov. : M. Rudelle, ; ext. : MM. Leroy (Maxime), Chardon, Blum, Imbert, Ramadier.

Méd. : M. **Dalché** ; int. : M. Gauchery ext. : MM. Pataud-Devalencienne, Gastaldi, Baudot, Jamin, Pinault (André), Mlle Borch.

Méd. : M. **Lion** ; int. : M. Verdoux ; ext. M. Cheyron, Mme de Bergmann, née Rosoff, MM. Leroy (René), Gaulène, Feldstem.

Méd. : M. **Claisse** ; int. : M. Samson : ext. : MM. Morisson, Lacombe, Réchad, Edelmann, Stréhaïano, Liacre, Mlle Trélat.

Méd. : M. **Thiroloix** ; int. : M. Miginiac ; ext. : MM. Mairesse, Haguenau, Garcin (André), Lacau-Saint-Guily, Lenoir (Maurice).

Méd. : M. **Enriquez** ; int. : MM. Roudinesco (1er sem.) ; Robert (2e sem.) ; ext. : MM. Schoofs, Corbineau, Chaisemartin, Gardin.

Chir. : M. **Walther** ; int. : MM. Phélip, Stern, Haller ; ext. : MM. Fouret, Ecot, Marais, Polony, Bigot, Penot, Barbary.

Chir. : M. **Arrou** ; int. : MM. Boulard, Fontorbe, Metzger ; ext. : MM. Mignot, Scheikevitch, Hutinel, Hamonic, Sénèque Janet, Lebrun (Max.) : Saint-Yves-Ménard.

Accouc. : M. **Potocki** ; int. : MM. Robert (1er sem.) , Roudinesco (2e sem.) ; ext. : MM. Lorreyte, Devimeux.

Consultation. — Méd. : M. **Michel** ; suppl. : M. Milhit, ext. : MM. Mitrany, Lebouc, Lemoussu.

Chir. : M. **Fredet** ; suppl. : M. Alglave ; ext. : MM. Aubert, Costantini, Viala.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Delherm** ; ext. : M. Duneau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ — 3

Méd. : M. **Moutard-Martin** ; int. : M. Gillard ; ext. : MM. Vivier, Chazalnoël, Lafage, Kahn (Georges), César.

Méd. : M. **Morel-Lavallée** : int. : M. Blechmann ; ext. : MM. Latour, Fischer, Guibert, Bisson.

Service temporaire de médecine. — Ext. : M. Poitrinal.

Méd. : M. **Toupet** ; int. : M. Toulant ; ext. : MM. Deguignand, Lamy (Pierre), Richon, Bénit.

Méd : M. le prof. : **Roger** ; Int. : M. Bénard (Henri-Auguste) ; ext. : MM. Michaut, Verne, Mlles Rabuteau, Kononoff.

Méd. : M. **Legry** ; int. : MM. Rafinesque (1er sem.), Sourdel (2e sem.) ; ext. : MM. Ducastaing, Morlot, Adler, Mlle Boulan.

Méd. : M. **Belin** ; int. : M. Turquety ; ext. : MM. Rougeulle, Ballerin, Ignard, Georges, Weber.

Chir. : M. **Demoulin** ; int. : MM. Morancé, Labourdette, Viel ; ext. : MM. Toulouse, Evrard, Dupuy, Dumet, Longevialle, Resmond, Roustan.

Chir. : M. **Mauclaire** ; int. : MM. Séjournet, Métivet, Legrand (1er sem.), Morancé (2e sem.) ; ext. : MM. Chavasse-Fritaz, Duvelleroy, Blanchon, Auger (Robert), Boncompain, Savidan.

Accouch. : M. **Tissier** ; int. : M. Garsaux ; ext. : MM. Bouchon, Médot, Barnathan, Angot.

— *Consultation.* — Méd. M. **Milian** ; sup. M. Bourguignon ; ext. : MM. Renaud (Louis), Chardin.

Chir. : M. **Gosset** ; supp. : M. Desjardins ; ext. : MM. Anglès-Dauriac, Nora.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Zimmern** ; ext. : M. Leroy (Paul).

HOPITAL SAINT-ANTOINE — 4

Méd. : M. le prof. **Hayem** ; chef de clin. : M. Agasse-Lafont ; int. : MM. May, Lévy-Bruhl ; ext. : MM. Stepanoff, Doulcet (Edmond), Piémont, Trousset, Minoret.

Méd. : M. **Siredey** ; int. : M. Vuillet ; ext. : M. Bardet (Georges), Mlle Lavergne, MM. Jeannest, Guillemin (André), Girod.

Méd. : M. **Béclère** ; int. : M. Détré ; ext. : MM. Lamare, Dietz, Meyer (Paul), Chaufour, Mlle Chabert, M. Pierquin.

Méd. : M. **Vaquez** ; int. : M. Bricourt ; ext. : MM. Dumas, Dubois (Maurice), Hanriot (Armand), Ziélinski, Durand (Jacques-René), Bontemps.

Méd. : M. **Jacquet** ; int. : M. Routier ; ext. : MM. Bulliard, Meignen (H.), Monceau, Bloch (Sigismond).

Méd. : M. **Le Noir** ; int. : M. Aine ; ext. : MM. Guerrin, Sorel, Boyer (R.), Truffert, Delattre, Mme Henri.

Méd. : M. **Mosny** ; int. : M. Saint-Girons ext. : MM. Noel (André), Beck, Sikorav, Magniel.

Méd. : M. **Mathieu** ; int. : M. Caille ; ext. : MM. Vallery-Radot (Pierre), Quercy, Breuillet, Mlles Reichenecker, Tutchenkow.

Méd. : M. **Claude** ; int. : M. Verdun ; ext. : MM. Masselot, Parcheminey, Pouget, Réau.

Méd. : M. **Lermoyez** ; int. : M. Boncour (Paul). (*Service fermé provisoirement*).

Chir. : M. **Lejars** ; int. : MM. Sorel, Perdoux, Girode ; ext. : MM. Lecerf, Rosenwald, Mollet, Aubin (And.), Pérol, Mitton.

Chir. : M. **Ricard** ; int. : MM. Toupet, Dehelly, Duval ; ext. : MM. Kemhadjian, Carpanetti, Meyerson, Schlemmer, Trifaud, Verdenal.

Accouc. : M. **Doléris** ; adjoint : M. Funck ; int. : M. Foy ; ext. : MM. Goret, Morize, Blanchès, Lefranc (Pierre).

Consultation d'ophtalmologie. — Ophtalm. : M. **Dupuy-Dutemps** ; ext. : MM. Mouradian, Miégeville.

Consultation. — Méd. : M. **Ramond** ; suppl. : M. Faure-Beaulieu ; int. : prov. : M. Pimpaneau ; ext. : MM. Steibel, Fredault.

Chir. M. **Wiart** ; supp. : M. Lemaître ; ext. : MM. Wiart, Laplanche, Perron (Auguste), Placet.

HOPITAL NECKER — 5

Méd. : M. **Barth** ; int. : M. Roux ; ext. : MM. Audebert, Meaux Saint-Marc, Fournier (Jacques), Chatellier, Chabrol.

Méd. : M. **Hirtz** ; int. : MM. Gendron, (André) (1re sem.), Braun (2e sem.) ; ext. : M. Théry (Louis), Mme Honnoré, MM. Roubaud, Deville, Morestin (A.).

Méd. : M. **Achard** ; int. : M. Flandin ; ext. : MM. Hischmann, Vallerant, Colanéri, Marx (Lucien).

Méd. : M. **Rénon** ; int. : M. Sevestre ; ext. : MM. Chatelin, Deron, Michaux, Mercier.

Chir. : M. le prof. **Albarran** ; chef de clin. : M. Heitz-Boyer ; chef de clin. adj. : M. Papin ; int. : MM. Mock, Pénard, Doré ; ext. : MM. Desvignes, Sanjurjo, Charbonnier, Dax, Léger, Leuvrais, Nossier, Boirac, Gourvitch, Mickaniewski.

Chir. : M. le profes. **Delbet** ; chef de clin. M. Hallopeau ; int. : MM. Coryllos, Mornard, Mutel ; ext. : MM. Autier, Marchak, Dragatzis, Mlle Romme, MM. Weiss, Braine, Marié.

Chir. : M. **Routier** ; int. : MM. Pont, Bodineau ; ext. : Mlle Halberstadt, Mme Bachelet, MM. Alibert, Chenain, Lidy.

Consultation. — Méd. : M. **Pissavy** ; sup. : M. Rendu ; int. : prov. : M. Rouillard ; ext. : MM. Lavaud, Parlitch.

Chir. : M. **Chevassu** ; suppl. : M. Bonneau ; ext. : MM. Madelaine, Thibault (Paul).

HOPITAL COCHIN — 6

Méd. : M. **Chauffard** ; int. ; MM. Richet ; ext. : MM. Powilewicz, Françon, Mme Wolfromm, MM. Mougenc de Saint-Avid, Ledermann, Vérut, Lechelle.

Méd. : M. **Widal** ; int. : MM. Léon-Kindberg, Cotoni, ; ext. : MM. Gallas, Dubois (Jean), Alary, Berlioz, Weisweiller, Durand-Fardel, Lantuéjoul, Moreau, Portret.

Chir. M. **Quénu** ; chef de clin. : M. Muret ; int. : MM. Cruet, Houdard, Basset ; ext. : MM. Duval, Eudel, Bourgeois (Maurice), Détourbe, Mlle Le Conte, M. Pichon, Mlle Besson (Hélène), M. Oulié.

Chir. ; M. le prof. **Schwartz** ; int. : MM. Desplas, Monod (Robert), ; ext. : M. Ollier, Mlle Besson (M.), MM. Wurtz (Jacques), Robin, Monprofit, Ledoux.

Chir. : M. **Faure** ; int. : MM. Cadenat, Douay ; ext. : MM. Morin (Pierre), Mlle Braïlowsky, MM. Boulanger, Doumenge.

Consultation. — Méd. : M. **Guillain** ; suppl. : M. Crouzon ; int. prov. : M. Pernet ; ext. : MM. Borel (Alex.), Strauss.

Chir. : M. **Duval** ; suppl. : M. Mathieu ; ext. : MM. Schneider, Latour, Oberlin, Lascaux.

HOPITAL COCHIN ANNEXE — 7

Méd. : M. **Queyrat** : int. : M. Pruvost ;

ext. : MM. Delagénière, Clogne, Mlle Bouderlique, MM. Colson, Brésard, Dantrelle.

Méd. : M. **Fournier** ; int. : M. Guénot ; ext. : MM. Berthelot (Alb.), Porte, Engel, Vincent (G.).

Méd. : M. **Michon** ; int. : M. Petit (Paul); int. prov. : M. Desvaux de Lyf ; ext. : MM. Gauthier (Ad.), Zuretti, Collette, Lefèvre (Pierre), Fritz, Andrieu (Ray.).

HOPITAL BEAUJON — 8

Méd. : M. le prof. **Debove** ; chef de clin. : M. Trémolières ; chef de clin. adj. : M. Chiray ; int. : M. Cain ; ext. : MM. Dognon, Juin, Grodvolle, Hérisson-Laparre, Mlle Dons-Kaufmann, M. Debray.

Méd. : M. le prof. **Robin** ; chef de clin. : M. Claret ; chef de clin.-adj. : M. Gy ; int. : M. Weil (Pierre) ; ext. : MM. Broussolle, Robert (Léon-Ferd.), Mlle Peltier, M. Dedet.

Méd. : M. **Lacombe** ; int. : M. Debertrand ; ext. : MM. Guillaumont, Duponchel. Queyroi, Jacob.

Méd. : M. **Oulmont** ; int. : M. Dumont (Maurice) ; ext. : MM. Meyer (Henri), Rigoulet (D.), Grosjean, Cavaillon.

Chir. : M. **Bazy** ; int. : MM. Bienvenue, Chambard ; ext. : MM. Lefèvre, Gaston, Gineste, Simard, Kuhn, Gallois, Guillermain, Roussel (Gaston).

Chir. (chroniques). — int. : M. Verne ; ext. : M. Robinson.

Chir. : M. **Tuffier** ; int. : MM. Dumas, Petel ; ext. : MM. Walther, Lemoine, Murga, de Nabias, Lory, Dutheillet de Lamothe.

Chir. : M. **Michaux** ; int. : MM. Houzel, Lechevallier ; ext. : M. Gallot-Lavalée, Mlle Popelin, MM. Mordret, Récamier, Vigot.

Accouch. : M. le prof. **Ribemont-Dessaignes** ; chef de clin. : M. Raoux ; chef de cliu. adj. : M. Dupont; int. : M. Desbouis.

Consultation. — Méd. : M. **Griffon** ; sup. M. Ramond ; int. prov. : M. Malet (Ch.), ; ext. : MM. Vincent (René), Busson, Caux.

Chir. : M. **Labey** ; supp. : M. Nau ; ext. : MM. Balland (Marcel), Fallot, Gaillard (Ph.).

Consultation d'ophtalmologie. — Ophtalm. : M. **Poulard** ; ext. : MM. Pougaud, Lecœur.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Desternes** ; ext. : M. Alih.

HOPITAL LARIBOISIÈRE — 9

Méd. : M. **Tapret** ; int. : M. Pignot ; ext. : MM. Galland, Boutin, Féret, Camino, Roulliès, Durœux.

Méd. : M. **Brault** ; int. : M. Paillard ; ext. : MM. Baudson, Paley, Mlle Giboulot, MM. Sécheret, Küss, Baudin.

Méd. : M. **Gaillard** ; int. : M. Baufle : ext. : MM. Besnard (Ch.), Riffaud, Rabut, Dauphin, Parisi, Hertz, Devilliers.

Méd. : M. **Le Gendre** ; int. : M. Périneau, ext. : MM. Strassnie, Quénu, Ceillier, De lavierre, Petit-Dutaillis, Mathieu (René), Mlle Ettinger.

Méd. : M. **Launois** ; int. : M. Cléret ; ext. : M. Kœchlin (Fernand), Saïd-Khan, Petit (Antoine), Lesueur, Mlle Lempert, M. Ohanianz.

Chir. : M. **Reynier** ; int. : MM. Villechaise, Legal-Lassalle, Donzelot, ext. : MM. Auclair, Alajouanine, Major, Papadato, Cavaillès, Brunon, Allendy.

Chir. (chroniques). — Int. : M. Vielle (Albert) ; ext. : MM. Pauvert, Martin de Laulerie.

Chir. : M. **Chaput** ; int. : MM. Lerat Brisset ; ext. : MM. Morin (Paul), Mme Barbe, MM. Vinit, Bertrand, Lapique, Chateneaud.

Chir. : M. **Picqué** ; int. : MM. Chamard-Bois, Villette ; ext. : MM. Chenet (Henri), Bardet (Daniel), Destremont; Bourdier, Wilmoth, Mauranges.

Chir. : M. **Marion** ; assistant : M. Lavenant ; int. : MM. Henry, Cotillon ; ext. : MM. Berthon, Lebrun, Frenckel, Huard, Parent(R.), Doucet, Maréchal, Bonnet (H.).

Chir. : M. **Sebileau** ; assistant : M. Gibert ; adj. : M. Baldenweck ; int. : Mlle Bouteil, M. Liébault ; ext. : MM. Cuvillier Ruaud, Lelongt (Max), Zaepffel (Marcel), Toussaint, Chabert.

Ophtalm. : M. **Morax** ; assistant : M. Magitot ; adj. : M. Carlotti ; int. : MM. Bollack, Dufourmentel ; ext.) MM. Sarkis Segherdtzian, Mme Levin, MM. Lataillade, Fourrière.

Accouch. : M. **Bonnaire** ; int. : M. Wilhelm ; ext. : Mlle Dreyfus, MM. Guille, Luquet, Rol.

Service d'électrothérapie. — Méd. : M. **Hischmann** ; ext. : MM. Dariaux, Gaillard (Camille).

Consultation. — Méd. : M. **Gandy** ; sup. : M. Lian ; int. prov. : M. Bouttier ; ext. : MM. Perrin (Paul), Lefranc (Victor), Lucas, Gastaud.

Chir. : M. Lapointe ; suppl. : M. Chifoliau ; ext. : MM. Saxe, Dujarric de la Rivière, Péroni.

HOTIPAL TENON — 10

Méd. : M. **Ménétrier** ; int. : M. Brodin ; ext. : MM. Noël (Henri), Maleyx, Bricaire, Marchand (L.), Benoiste-Pilloire.

Service temporaire de médecine. — Ext. : MM. Fourrey, Lafon.

Méd. : M. **Klippel** ; int. : M. Mallet ; ext. : MM. Sellet, Prunier, Amyot, Meurisse.

Méd. : M. **Florand** ; int. : M. Woimant ; ext. : MM. Percepied, Hudelo, Lanos, Guillemot (Marcel).

Méd. : M. **Caussade** ; int. : M. Regnard ; ext. : MM. de Carvalho, Bion, Rouffignac, Rouffiac, Baudet, Mlle Cosmovici.

Méd. : M. **Parmentier** ; int. : M. Lévy)Picrre); ext. : Mlles Bouteil, Landesmann MM. Cousin, Schilmann, Fey, Lehmann (Paul).

Méd. : M. F. **Bezancon** ; înt. : MM. Braun (1er sem.), Jacob (2e sem.) ; ext. : MM. Moriez, Baude, Lavedan, Speth, Rongier.

Méd. : M. **Gouget** ; int. : MM. Baron (1er sem.), Thibaut (2e sem.), ext. : MM. Greyfié de Bellecombe, Chalet, Delotte, Drouet.

Méd. : M. **Macaigne** ; int. : M. Clarac ; ext. : MM. Vazeux, Hue (Georges), Richard (André), Gresset.

Chir. : M. **Thiéry** ; int. : MM. Croissant, Huyghues de Beaufont, Girault (Albain) ;

ext. : MM. Mora, Bertin-Mourot, Gille-Dehelly, Vincentelli, Cabre, Polony.

Chir. : M. **Souligoux** ; int. : MM. Pakowski, Girou ; int. prov. : M. François (René) ; ext. : MM. Denoyelle, Béon, Durand (Albert), Wagon, Hémery.

Chir. : M. **Morestin** ; int. : MM. Levant, Passot, Loubeyre ; ext. : MM. Jacquet, Capdevilla, Béraud (H.), David, Rabreau Lavalée, Braye.

Accouch. : M. **Demelin** ; int. : M. Montet (1er sem.) ; ext. : M. Vilfroy, Mlle Ricard, M. Bouquier.

Consultation. — Méd. : M. **Rathery** ; suppl. : M. Lebar ; int. : prov. : M. Colombe ; ext. : MM. Monier (H.), Grandjean.

Chir. : M. **Chevrier** ; suppl. : M. Siegel ; ext. : MM. Frette, Mallet (Lucien), Silva.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Legros** ; ext. : M. Delot.

HOPITAL LAENNEC — 11

Méd. : M. le prof. **Landouzy** ; chef de cl. : M. Israëls de Jong ; chef de clin. adj. : M. Gougerot ; int. : MM. Salin (1er sem.) ; Gastinel (2e sem.) ; ext. : MM. Antony, Robert (Lucien), Mlle Goldenfann, MM. Bruneau, Gilson.

Méd. : M. **Barié** ; int. : M. Portocalis ; ext. : Mlles Kassler, Albessard, Monbiot, M. Parisi.

Méd. : M. **Bourcy** ; int. : M. Beaumgartner ; ext. : MM. Borel (Alph.), Pottecher, Pineau, Touchard.

Méd. : M. **Thoinot** ; int. : M. Mer e ; ext. : MM. Lemuet, Paillard, Deffaux, Dupont (Pierre).

Chir. : M. **Legueu** ; int. : MM. Rouget, Lorin, Fouquiau ; ext. : MM. Audain, Chasseray, Bordet, Jousseaume, Clap, Schulmann.

Ophtalm. : M. **Rochon-Duvigneaud** ; assistant : M. Caillaud ; adj. : M. Godéchaux ; int. : M. Ducamp ; ext. : MM. Dufau, Fau, Lelongt (Paul).

Consultation. — Méd. : M. **Léon Bernard** ; suppl. : M. Rivet ; ext. : MM. Baille, Guillaume.

Chir. : M. **Baumgartner** ; suppl. : M. Français (Raymond) ; ext. : MM. Salles, Péna.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Passler** ; ext. : M. Arbassier.

HOPITAL BICHAT — 12

Méd. : M. **Talamon** ; int. : M. Fabre ; ext. : MM. Roehrich, Nidergang, Gerber, Mlle Schmiergeld.

Méd. : M. **Bruhl** ; int. : M. Nicaud ; ext. : MM. Balland (Louis), Mozer, Delestre, Bouhéret.

Chir. : M. **Hartmann** ; int. lauréat : M. Roux (Jean) ; int. : MM. Wolfromm, Slevy (Edmond), Mondor ; ext. : MM. Antoine, Guillaumot, Richard (Georges-André), Minvielle, Quartier, Turnesco, Peltier, Lenormand.

Consultation. — Méd. ; M. **Laffite** ; supl. M. Oppert ; int. prov. : Mlle Leven ; ext. : MM. Huc (Edouard) Mme Perl.

Chir. : M. **Lecène** ; suppl. : M. Grégoire ; ext. : MM. Jay y Riuz, Socquet.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Beaujard** ; ext. : M. Astruc.

HOPITAL BROUSSAIS — 13

Méd. : M. **Gilbert** ; int. : M. Brin ; ext. : MM. Paynel, Bel, Brenot, Dagnan-Bouveret, Potherat.

Méd. : M. **Œttinger** ; int. : M. Marle ; ext. : MM. Bideaux, Thibierge, Mlle Weil, MM. Kudelski, Floquet.

Chir. : M. **Potherat** ; int. : MM. Philippon, Vignes ; ext. : MM. Théry (André), Chamarro, Gery, Gonthier (André), Pichancourt, Guillot.

Consultation. — Méd. : M. **Lereboullet** ; suppl. : M. Jomier ; ext. : MM. Thouvenin, Bucquet.

Chir. : M. **Gulbé** ; suppl. : M. Morlet ; ext MM. Lelièvre, Trémolières.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Bonniot** ; ext. : M. Bourdeaux.

HOPITAL BOUCICAUT — 14

Méd. : M. **Letulle** ; Int. : M. Prélat ; int. : prov. : Mlle de Pfeffel ; ext. : MM. Gatellier, Brouet, Arnaudon, Pasquet, Philardeau, Lépine, Bettinger, Bernard-Gerriet.

Chir. : M. **Nélaton** ; int. : MM. Vincent (Max), Petit (Henri) ; ext. : MM. Patenostre, Photiadès, Nahan, Renaud (Jean) Liberge, Dèche, Le Rochais, Radenac.

Accouch. : M. **Lepage** ; int. : M. Bachy ; ext. : MM. de Quemper de Lanascol, Coudray, Boulan.

Consultation. — Méd. : M. **Brouardel** ; suppl. : M. Vitry ; ext. : MM. Gautier, Houssiaux.

Chir. : M. **Dujarier** ; suppl. : M. Capette ; ext. : MM. Casalis, Blutel Amat, Bonhoure.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Aubourg** ; ext. : M. Butel.

HOPITAL SAINT-LOUIS — 15

Méd. : M. le prof. **Gaucher** ; chef de clin. : M. Druelle ; chef de clin. adj. : M. Claude ; int. : MM. Guggenheim, Jacob (1er sem.), Dubosc (2e sem.) ; ext. : MM. Dogny, Rouché, Maugis, Monguilan, Mlle Sabin, M. Boubermann.

Méd. : M. **Balzer** : int. : M. Burnier, Mme Vaudet (1er sem.), M. Carsaux (2e) sem.) ; ext. : MM. Dive, Larcher, Bailleul, Wilmet, Majour.

Méd. : M. **de Beurmann** ; int. : MM. Bith, Heuyer ; ext. : MM. Smolizansky, Bourdette, Mlle Delage, MM. Boé, Gaufroy.

Méd. : M. **Brocq** ; int. : Mlle Déchaux, M. Le Blaye ; ext. : MM. Chéronnet, Blacque, Gouin, Toffin, Foisy, Rabourdin (André), Tison.

Méd. : M. **Thibierge** ; int. : M. Weissenbach ; ext. : MM. Baisoiu, Garcin (Emm). Klefstad-Sillonville, Hanriot (Robert Fège.

Méd. : M. **Darier** ; int. : M. Cottenot ; ext. MM. Boucheron, Tartois, Colleville Renard, Boulet, Routhier.

Chir. : M. **Rochard** ; int. : MM. Guillaume, Jacoulet, Lamouroux ; ext. : MM. Mouflet, Belloir, Adeline, Couvreux, Baulin, Humbert.

Chir. : M. **Beurnier** ; int. : MM. Lévêque Bertier, Boudol, ; ext. : MM. Théoharide, Freze, Dalle, Falliès, Solal, Petit (Raoul).

Chir. : M. **Rieffel** ; int. : MM. Saige, Mascarenhas, Perier ; ext. : M. Schmutz, Mlle d'Argent, MM. Vigouroux, Ohier, Eissen, Fumet.

Accouch. : M. **Boissard** ; int. : MM. Dubosc (1er sem.), Cotillon (2e sem.) ; ext. : MM. Arnal, Guignard, Morigny, Istria.

Consultation. — Chir. : M. **Lenormant** ; suppl. : M. Morisetti ; ext. : MM. Chaineaux, Guerrero, Mélamet.

Service d'enfants convalescents. — Méd. : M. **Sergent** ; int. prov. : M. Besset : ext. : MM. Boutet, Parent (Robert), Teisset, François (Maurice).

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Gastou** ; ext. : Mlle Tasserie.

Service de chirurgie de l'hôpital Hérold (provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis). — Chir. : M. **Ombrédanne** ; int. : MM. Ribérol, Luzoir, Ferran (1er sem.), Brocq (2e sem.) ; ext. : MM. Parturier, Flandrin, Fournier (Lucien), Mlle Wahl, MM. Rabeau, Auvigne, Poisvert.

Service d'ulcères variqueux. — Chir. : M. **Beurnier** ; int. prov. : M. Héricourt ; ext. : MM. Sartre, Netter.

HOPITAL BROCA — 16

Méd. : M. **Jeanselme** ; int. : M. Chevallier ; ext. : MM. Larousse, Marcorelles, Camboulives, Salès, Mme Dejust née Defiol, MM. Lœwy, Galop, Monnot (Paul).

Méd. : M. **Hudelo** ; int. : MM. Thibaut (1er sem.), Montet (2e sem.), ext. : MM. Sondag, Guinaud, Mme Michelovsky, MM. Courjon, Gallet, Périn (Lucien), Dupéchez, Gaujard, Cumenge.

Chir. : M. le prof. **Pozzi** ; chef de clin. : M. Bender ; int. : MM. Ecalle, Maurer, Vilbort ; ext. : M. Loiseau, Mlle Bitchounsky, MM. Gibert, Mouriès, Bouchet, Constantin, Margerin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ — 17

Méd. : M. **Courtois-Suffit** ; int. : M. Maisons ; ext. : MM. Bourgeois (Alf.-Francis), Giraud, Bobrie, Marro, Piot.

Méd. : M. **Labbé (Marcel)** ; int. : M. Carrié ; ext. : MM. Beaudouin (Roger), Bruizard, Le Poittevin.

Chir. : M. **Launay** ; int. : MM. Pellot, Brocq, Séquinot ; ext. : MM. Haddad (Simon), Dupuy (Lucien), Tribout, Berthelot (D.), Poissonnier, Tiphine, Lebossé, Brétégnier.

Chir. : M. **Auvray** : int. : MM. de Berne-Lagarde, Malarte ; ext. : MM. Lascombe, Hartmann, Hatry, Bonnerot, Renardier, Arbeit.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Bouchacourt** : ext. : M. Bonnet (Emile).

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES — 18

Méd. : M. le prof. **Hutinel** ; chef de clin. : M. Paisseau ; chef de clin. adj. : M. Darré, int. : M. Railliet ; ext. : MM. Penet, Philip, Desaux, Thibon de Courtry, Lambour, Roux.

Méd. : M. **Comby** ; int. : Schreiber ; ext. MM. Castex, Bardon, Mazzoleni, Testard.

Méd. : M. **Richardière** ; int. : MM. Sourdel (1er sem.), Rafinesque (2e sem.), ext. : MM. Larozière, Quinquandon, Mlle Schapiro, M. Oufroy de Bréville, Mlle Abramovitch.

Méd. : M. **Marfan** ; int. : M. Lagane ; ext. : Mlle Raphaël, MM. Chomanet, Lambert (Maurice), Lévi-Franckel.

Méd. : M. **Méry** : int. : MM. Weill (André) (1er sem.), Foy (2e sem.) ; ext. : MM. Michel, Mallet (François), Darrieux, Videau, Ruelle.

Méd. : M. **Aviragnet** ; int. : MM. Ségard (1er sem.), Blechmann (2e sem.) ; ext. : MM. Deffins, Lapeyre, Papillon (Fernand), Mlle Bredrel.

Crèche. — Int. prov. : Mlle Hertz.

Chir. : M. le prof. **Kirmisson** ; chef de clin. : M. Gasne ; chef de clin. adj. : M. Perrin ; int. : MM. Amaudrut, Moulonguet, Durand (H.), ; ext. ; MM. Andrieu (Alb.), Bartnowski, Chaffant, Salomon, Dellac, Brachat, Dardannet, Gambier.

Chir. : M. **Broca** ; assistant : M. Sourdat ; int. : MM. Philbert, Madier ; int. prov. : M. Cleisz ; ext. : MM. Pinard, Guillemet (Paul), Chaperon, Broussin, Proust, Chenet (Ch.), Evrard, Giroux.

Service ophtalmologique. — Ophtalm. : M. **Terrien** ; assistant : M. Hillion ; int. : M. Netter ; ext. : M. Mathelin, Mlle Schmerling, Guillard.

Service de la sélection. — Int. prov. M. Plaisant.

HOPITAL TROUSSEAU — 19

Méd. : M. **Netter** ; int. : MM. Touraine (1er sem.) Gendron (2e sem.) ; ext. : MM. Woillez, Parin, Figowski, Mlle Konichowsky, MM. Massé, Garnier (Gaston).

Méd. : M. **Triboulet** ; int. : M. Rolland ; ext. : MM. Usse, Guinet, Masmonteil, Mlle Lang, MM. Lebreton, Quénot.

Chir. : M. **Savariaud** ; int. : MM. Fenestre, de Cumont, Bloch (Jacques) ; ext. : MM. Besnard (Gust.-Jules), Renault (André), Moricand, Girardot, Charrier, Chassin, Besnard (Jacques), Mlle Duplan.

Service de la diphtérie. — Int. prov. : M. Vaudescal ; ext. : Mlle Lévy (Justine).

Consultation. — Méd. : M. **Rist** ; suppl. : M. Aubertin ; int. prov. : M. Escallier ; ext. : MM. Fitte, Marcassus, Monod (Lorenz).

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Weil (Albert)** ; ext. : M. Briault.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTES — 20

Méd. : M. **Variot** ; int. : MM. Pironneau, Chatelin ; ext. : MM. Fontanel, Monnier (Paul), Corre, Bardet (Henri), L'Hirondel, Poisson.

Chir. : M. **Jalaguier** ; assistant : M. Veau ; int. : MM. Berger, d'Halluin ; ext. : M. Marinier, Mlle Denis, M. Levant, Mlle Rosenblum, M. Grèze, Mlle Boudeille, M. Mladenoff.

Service de radiologie. — Radiol. : M. **Barret** ; ext. : M. Charlet-Reyjal.

HOPITAL ANDRAL — 21

Méd. : M. **Renault (Jules)** ; int. : M. Martingay ; ext. : M. Hugon, Mlle de Saint-Firmin, Athanassiu.

Méd. : M. **Apert** ; int. : M. Stévenin ;

ext. : MM. Le Maux (Julien), Apard, Mlle Feyghin.

Consultation. — Méd. : M. **Jousset** ; suppl. : M. Deglos ; int. prov. : M. Bue ; MM. Donzé, Gougelet.

HOSPICE DE BICÊTRE — 22

Méd. : M. le prof. **P. Marie** ; int. lauréat ; M. Foix ; int. : MM. Laroche, Barré.

Chir. : M. **Riche (Paul)** ; int. : MM. Delivet, Rousseau (Fernand), Feil.

Service des aliénés. — Méd. : M. **Nageotte** ; int. : M. Gautier ; int. prov. : M. Thiers.

Méd. : M. **Roubinovitch** ; int. : M. Rousselot ; int. prov. : M. Leblanc.

Méd. : M. **Riche (André)** ; int. : M. Sédillot ; int. prov. : M. Monbrun.

Méd. : M. **Vurpas** ; int. M. Porak ; int. prov. M. Bloch (René).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE — 23

Méd. : M. le prof. **Raymond** ; chef de clin. : M. Beaudouin ; chef de clin. adj. : M. Français ; int. : MM. Bourdier, Velter, Chauvet ; ext. : MM. Reilly, Duprey, Collet, Bertrand, Berthomier.

Méd. : M. le prof. **Déjerine** ; int. : MM. Ferry, Gauducheau ; ext. : M. Phipps, Mlle Lepkine, M. Thibout, Mlle Le Scornet, M. Chéron.

Chir. : M. le prof. **Segond** ; chef de clin. : M. de Martel de Janville ; int. MM. Pascalis, Barbet, Leveuf ; ext. : M. Vignal, Mlle Pommay, MM. Clouzeau, Cabart-Danneville, Mlle Goldenfaun, M. Tassigny.

Service des aliénés. — Méd. : M. **Deny** ; int. : M. Hébrard ; ext. : MM. Barat, Fuselier.

Méd. : M. **Séglas** ; int. : M. Logre ; ext. : MM. Danton, Tourneix.

Méd. : M. **Chaslin** ; int. : M. Lévy (Alfred) ; ext. : MM. Wurtz (Pierre), Plumcy.

HOPITAL BRETONNEAU — 24

Méd. : M. **Guinon** ; int. : M. Gendron (G.), ; ext. : M. Barraud, Mme Pertat, M. Rousseau (Ferdinand-Louis), Mlle Pouzin, MM. Huguet, Desprez,.

Méd. : M. **Boulloche** : int. : M. Willette (1er sem.), Ségard (2e sem.) ; ext. : MM. Vincotte, Bergès (Gaston), Géraud, Escudier, Marqueste, Bilbaut.

Chir. : M. **Villemin** ; int. : MM. Jumon, Paris, Pizon ; ext. : MM. Denet, Rougier, Bréhier, Mlle Kosloff, MM. Lautier, Gaymard.

Consultation. — Méd. : M. **Papillon** ; int. prov. : M. Jacquemin ; ext. : MM. Tribes, Ardillier.

Service de radiologie. — Ext. : M. Wallimann.

HOSPICE DES INCURABLES (IVRY) — 25

Méd. : M. **Souques**, int. : M. Vaucher ; int. prov. : M. Baudouin (Emile) ; ext. : M. Huguet.

Chir. : M. **Robineau** ; int. : MM. Ramadier, Bloch (André) ; ext. : M. Berthod.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ — 26

Accouch. : M. **Maygrier** ; assistant : M. Macé ; accouch. adj. : M. Bouffe ; int. : MM. Petit, Charrier.

Méd. : M. **Dufour** ; int. : M. Huber ; ext. : MM. Morin (Alex), Bertaux, Duter, Bergeret.

HOPITAL HEROLD — 27

Méd. : M. **Barbier** ; int. : MM. Mora (1re sem.), Baron (2e sem.) ; ext. : MM. Mersey, Albertin, Reginard, Sébilotte, Garriquenc, Daudet.

Méd. : M. **Lesage** ; int. : M. Collin ; ext. : Mlle Parisse, MM. Pilatte, Regnault, Galliot, Mlle Campergue, M. Béraud (Arm.).

Le service de chirurgie est provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis.

Service de la Garde et de la sélection : int. : prov. : MM. Beloux, Pringent.

HOPITAL CLAUDE-BERNARD — 28

Méd. : M. **Teissier** ; int. : MM. Pelissier, Lutembacher, Gastinel (1er sem.), Ménard (2e sem.) ; ext. : MM. Cambessédès, Aujay de la Dure, Daniel Richard (G.-A.-L.), Brun, Vayssières, Meuge, Berthomieu-Lamer.

HOPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS (TARNIER) — 29

Accouch. : M. le prof. **Bar** ; chef de clin. : M. Lequeux ; chef de clin. : adj. M. Devraigne ; ext. : MM. Siguret, Lauriat Chataing, Thomas, Brisson.

CLINIQUE BAUDELOCQUE — 30

Accouch. : M. le prof. **Pinard** ; chef de clin. : M. Lacasse ; chef de clin. : adj. : M. Le Masson ; ext. : MM. Chabrun, Ducrotoy, Mlle Roy, MM. Bruslon, Brunet, Champeau.

HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY) — 31

Méd. : M. **Wurtz** ; int. : M. Sourdille ; int. prov. : M. Durand (Gustave) ; ext. : M. Guelfucci.

HOSPICE DEBROUSSE — 32

Méd. : M. **Bergé** ; int. : M. Gutmann.

BASTION 29-33

Méd. : M. **Auclair** ; int. : M. Ménard ; ext. : MM. Raymondaud, Dupradeau, Paulet, Jacquemin (Edouard).

Service de l'érysipèle. — Méd. : MM. **Marie** (en congé), **Castaigne**. M. H. ; int. : M. Fernet ; ext. : MM. Achard, Ribo, Gheorghiu, Panciulesco.

INSTITUTION SAINTE-PÉRINE ET MAISONS DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE ET ROSSINI — 34

Méd. : M. **Josué** ; int. : M. Dufour.

MAISON DE RETRAITES DE LAROCHEFOUCAULD — 35

Méd. : M. **Dupré** ; int. : M. Stroehlin ; ext. : Mlle Lévi-Alvarès.

HOPITAL DE BERCK-SUR-MER — 36

Chir. : M. **Ménard** ; adj. : M.M Calvé, Andrieu ; int. : MM. Gouguet de Girac, Bourgot, Lenoël, Achard, Legrain.

HOSPICE DE BRÉVANNES — 37

Méd. : M. **A. Marie** ; adj. : MM. Clément, Carton, Ferrand ; int. : MM. Ghys, Ferry (Ch.), Maurel (Gérard), Rouèche, Ecot, Bosy.

ASILE SAINTE-ANNE — 38

Méd. : M. le prof. **Gilbert Ballet** ; chef de clin. : MM. Charpentier, Delmas ; chefs de clin. adj. : MM. Kahn, Barbé.

FONDATION VALLÉE — 39

Méd. : M. **Nageotte** ; int. : M. Gassier.

SANATORIUM D'ANGICOURT — 40

Méd. : M. **Kuss.**

SANATORIUM D'HENDAYE — 41

Méd. : M. **Camino** ; int. : MM. Finot, Bougeant.

Les chiffres placés en regard des noms correspondent à ceux du classement des Hôpitaux.

MÉDECINS
et assistants.

Achard, 5.
Aper, 21.
Auclair, 33.
Aviragnet, 18.
Babinski, 2.
Ballet, 38.
Ba zer, 15.
Barbier, 27.
Barié, 11.
Barth, 5.
Béclère, 4.
Belin, 3.
Bergé, 32.
Bernard (Léon), 11.
Beurmann (de), 15.
Bezançon (F.), 10.
Boulloche, 24.
Bourcy, 11.
Brault, 9.
Brocq, 15.
Brouardel (G.), 14.
Bruhl, 12.
Camino, 41.
Carton, 37.
Castaigne, 33.
Caussade, 10.
Chantemesse, 1.
Chaslin, 23.
Chauffard, 6.
Claisse, 2.
Claude, 4.
Clément, 37.
Comby, 18.
Courtois-Suffit, 17.
Dalché, 2.
Darier, 15.
Debove, 8.
Déjerine, 23.
Deny, 23.
Dieulafoy, 1.
Dufour, 26.
Dupré, 35.
Enriquez, 2.
Faisans, 1.
Ferrand, 32.
Florand, 10.
Fournier, 7.
Galliard, 9.
Gandy, 9.
Gaucher, 15.
Gilbert, 13.
Gouget, 10.
Griffon, 8.
Guillain, 6.
Guinon, 24.
Hayem, 4.
Hirtz, 5.
Hirschmann, 9.
Hudelo, 16.
Hutinel 18.
Jacquet, 4.
Jeanselme, 16.
Josué, 34.
Jousset, 21.
Klippel, 10.
Küss, 40.
Labbé (Marcel), 17.
Lacombe, 8.
Laffite, 12.
Landouzy, 11.
Launois, 9.
Le Gendre, 9.
Legry, 3.
Le Noir, 4.
Lereboullet, 13.
Lermoyez, 4.
Lesage, 27.
Letulle, 14.
Lion, 2.
Lœper, 1.
Macaigne, 10.
Marfan, 18.
Marie (A.), 37.
Marie (P.), 22.
Marie (R.), 33.
Mathieu, 4.
Ménétrier, 10.
Méry, 18.
Michel, 2.
Michon, 7.
Milian, 3.
Morel-Lavallée, 3.
Mosny, 4.
Moutard-Martin, 3.
Muselier, 1.
Nageotte, 22 et 39.
Netter, 19.
Œttinger, 13.
Oulmont, 8.
Papillon, 24.
Parmentier, 10.
Petit, 1.
Pissavy, 5.
Queyrat, 7.
Ramond (F.), 4.
Rathery, 10.
Raymond, 23.
Renault (J.), 21.
Rénon, 5.
Richardière, 18.
Riche (A.), 22.
Rist, 19.
Robin, 8.
Roger, 3.
Roubinowitch, 22.
Séglas, 23.
Sergent, 15.
Sicard, 1.
Siredey, 4.
Souques, 25.
Talamon, 12.
Tapret, 9.
Teissier, 28.
Thibierge, 15.
Thiroloix, 2.
Thoinot, 11.
Toupet, 3.
Triboulet, 19.
Vaquez, 4.
Variot, 20.
Vurpas, 22.
Widal, 6.
Würtz, 31.

CHIRURGIENS
et assistants.

Albarran, 5.
Andrieu, 36.
Arrou, 2.
Auvray, 17.
Baldenweck, 9.
Baumgartner, 11.
Bazy, 8.
Beurnier, 15.
Broca, 18.
Calvé, 36.
Chaput, 9.
Chevassu, 5.
Chevrier, 10.
Delbet, 5.
Demoulin, 3.
Dujarier, 14.
Duval (Pierre), 6.
Faure, 6.
Frédet, 2.
Gibert, 9.
Gosset, 3.
Guibé, 13.
Guinard, 1.
Hartmann, 12.
Jalaguier, 20.
Kirmisson, 18.
Labey, 8.
Lapointe, 9.
Launay, 17.
Lavenant, 9.
Lecène, 12.
Legueu, 11.
Lejars, 4.
Lenormant, 15.
Marion, 9.
Mauclaire, 3.
Ménard, 36.
Michaux, 8.
Morestin, 10.
Nélaton, 14.
Ombrédanne, 15.
Picqué, 9.
Potherat, 13.
Pozzi, 16.
Quénu, 6.
Reclus, 1.
Reynier, 9.
Ricard, 4.
Riche (Paul) 22.
Rieffel, 15.
Robineau, 25.
Rochard, 15.
Routier, 5.
Savariaud, 19.
Schwartz, 6.
Schwartz (A.), 1.
Sebileau, 9.
Segond, 25.
Souligoux, 10.
Sourdat, 18.
Thiéry, 10.
Tuffier, 8.
Veau, 20.
Villemin, 24.
Walther, 2.
Wiart, 4.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Bar, 29.
Boissard, 15.

Bonnaire, 9.
Bouffe, 26.
Demelin, 10.
Dolćris, 4.
Lepage, 14.
Macé, 26.
Maygrier, 26.
Pinard, 30.
Potocki, 2.
Ribemont-Dessaignes, 8.
Tissier, 3.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

Caillaux, 11.
Carlotti, 9.
Coutela, 1.
Dupuy-Dutemps, 4.
Godéchaux, 11.
Lapersonne (de), 1.
Magitot, 9.
Morax, 9.
Poulard, 8.
Rochon-Duvigneaud 11.
Terrien (F.), 18.

RADIOLOGISTES

Aubourg, 14.
Barret, 20.
Beaujard, 12.
Bonniot, 13.
Bouchacourt, 17.
Delherm, 2.
Desternes, 8.
Gastou, 15.
Legros, 10.
Passier, 11.
Weil (A.), 19.
Zimmern, 3.

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

Aubertin, 19.
Bloch (P.), 1
Bourguignon, 3.
Crouzon, 6.
Deglos, 21.
Faure-Beaulieu, 4.
Jomier, 13.
Lebar, 10.
Lian, 9.
Milhit, 2.
Oppert, 12.
Ramond (L.), 8.
Rendu, 5.
Rivet, 11.
Vitry, 14.

CHIRURGIE

Alglave, 2.
Blgrand, 1.
Bonneau, 5.
Capette, 14.
Chifoliau, 9.
Desjardins, 3.
Français (R.), 14
Grégoire, 12.
Lemaître, 4.
Mathieu, 6.
Morisetti, 15.
Morlet, 13.
Nau, 12.
Siegel, 10.

CHEFS DE CLINIQUE

Agasse-Lafont, 4.
Beaudouin, 23.
Bender, 16.
Cantonnet, 1.
Charpentier, 38.
Claret, 8.
Delmas, 38.
Druelle, 15.
Gasne, 18.
Hallopeau, 5.
Heitz-Boyer, 5.
Lacasse, 28.
Le Play, 1.
Lequeux, 29.
Martel de Janville (de), 23.
Paisseau, 18.
Piquand, 1.
Raoux, 8.

Adjoints

Barbé, 38.
Chiret, 8.
Claude, 15.
Darré, 18.
Devraigne, 29.
Doury, 1.
Dupont, 8.
Français, 23.
Funck, 4.
Gougerot, 11.
Gy, 8.
Kahn, 38.
Kendirdjy, 1.
Le Masson, 30.
Papin, 5.
Perrin, 18.

INTERNES

Achard, 36.
Aine, 4.
Amaudrut, 18.
Bachy, 14.
Barbet, 23.
Baron (1er sem.), 10, (2e sem.), 27.
Barré, 22.
Basset, 6.
Baufle, 9.
Baumgartner, 11.
Bénard (H.-A.), 3.
Berger, 20.
Berne-Lagarde (de) 17.
Bertier, 15.
Bienvenue, 8.
Bith, 15.
Blechmann (1er sem.), 3 ; (2e sem.), 18.
Bloch (André), 25.
Bloch (Jacques), 19.
Bloch (Marcel), 1.
Bodineau, 5.
Bollack, 9.
Boncour (Paul), 4.
Boudol, 15.
Bougeant, 41.
Bougot, 36.
Boulard, 2.
Bourdier, 23.
Bouteil (Mlle), 9.
Brac, 1.
Braun (1er sem.), 10, 9, (2e sem.), 5.
Bricout, 4.
Brin, 13.
Brisset, 9.
Brocq (1er sem.), 17, (2e sem.), 15.
Brodin, 10.
Burnier, 15.
Cadenat, 6.
Caillé, 4.
Cain, 8.
Carrié, 17.
Chamard-Bois, 9.
Chambard, 8.
Charrier, 26.
Chatelin, 20.
Chauvet, 23.
Chenet, 1.
Chevallier, 16.
Clarac, 10.
Cléret, 9.
Collin, 27.
Condat (Mlle), 1.
Coryllos, 5.
Cotoni, 6.
Cotillon (1er sem.), (2e sem.), 15.
Cottenot, 15.
Croissant, 10.
Cruet, 6.
Cumont (de), 19.
Debertrand, 8.
Déchaux (Mlle), 15.
Dehelly, 4.
Delivet, 22.
Desbouis, 8.
Desplas, 6.
Détré, 4.
Di Chiara, 1.
Donzelot, 9.
Doré, 5.
Douay, 6.
Dubosc (1er sem.), 15, (2e sem.), 15.
Ducamp, 11.
Dufour, 34.
Dufourmentel, 9.
Dumas, 8.
Dumont (Maurice), 8.
Durand (H.), 18.
Duval, 4.
Ecalle, 16.
Ecot, 37.
Fabre, 12.
Feil, 22.
Fenestre, 19.
Fernet, 33.
Ferran (1er sem.), 15.
Ferry, 23.
Ferry (Ch.), 37.
Fimbel, 1.
Finot, 41.
Flandin, 5.
Zoix (lauréat), 22.
Fontorbe, 2.
Fouquiau, 11.
Foy (1er sem.), 4 ; (2e sem.), 18.
Galup, 1.
Garsaux, (1er sem.). 3 ; (2e sem.), 15.
Gassier, 39.
Gastinel (1er sem.), 28 ; (2e sem.), 11.
Gauchery, 2.
Gauducheau, 23.
Gautier, 22.
Gendron (André), 5.
Gendron (2e sem.), 19.
Gendron, 24.
Ghys, 37.
Gillard, 3.
Girault (Albain), 10.
Girode, 4.
Girou, 10.
Gouguet de Girac, 36.
Guénot, 7.
Guggenheim, 15.
Guillaume, 15.
Gutmann, 32.
Haller, 2.
Halluin, 20.
Hebrard, 23.
Henry, 9.
Heuyer, 15.
Houdard, 6.
Houzel, 8.
Huber, 26.
Huyghues de Beaufont, 10.
Jacob (1er sem.), 15 ; (2e sem.), 10.
Jacoulet, 15.
Jolivet, 1.
Jong (Mlle de), 1.
Jumentié, 2.
Jumon, 10.
Kindberg (Léon), 6.
Labourdette, 3.
Lagane, 18.
Lamouroux, 15.
Laroche, 22.
Le Blaye, 15.
Lechevallier, 8.
Legal-Lassalle, 9.
Legrain, 36.
Legrand (1er sem.), 3.
Lenoël, 36.
Le Noir, 1.
Lerat, 9.
Levant, 10.
Lévêque, 15.
Leveuf (Alfred), 23.
Lévy (Alfred), 23.
Lévy (Edmond), 12.
Lévy (Pierre), 10.
Lévi-Bruhl, 4.
Liébault, 9.
Logre, 23.
Lorin, 11.
Loubeyre, 10.

TRAVAUX ORIGINAUX

Réinfection syphilitique et supersyphilisation ;

Par le Dr MILIAN

Le nommé D..., palefrenier, âgé de 27 ans, se présente à la consultation du soir à Ricord le 31 mars 1910, avec une écorchure à la verge qui date, d'après ses dires, de 15 jours. Cette écorchure ovalaire, de dimension d'une pièce de 0 fr.50, régulière, sans bords, recouverte d'une croûte sous laquelle suinte du pus séro-sanguinolent, entourée d'une zone d'infiltration nette, à orientation transversale, est un type de *chancre syphilitique echthymatiforme* du fourreau. Sa seule particularité est de présenter une infiltration plus abondante qu'il n'est habituel dans le chancre, quoique certains chancres soient très infiltrés. D'ailleurs, lorsqu'on enlève la croûte, on ne trouve nullement les caractéristiques de l'infiltration gommeuse : les bords sont en pente douce et non taillés à pic ; le fond est rouge, de couleur chair musculaire, un peu saignant et non bourbillonneux.

C'est l'aspect habituel de l'ulcération du chancre ecthymateux sous sa croûte.

L'examen ultra-microscopique de la sérosité sanglante de la surface n'a pas montré de tréponèmes, mais il en est ainsi chaque fois qu'un chancre est traité par le mercure et ici le malade a déjà reçu 4 injections d'huile grise, la dernière il y a 6 jours.

Le malade a eu un *rapport* avec une femme d'une maison de rendez-vous (?) du boulevard de La Villette, il y a un peu moins de 2 mois.

Il a une *adénopathie inguinale* double mobile et indolore, surtout marquée à droite, où il y a un ganglion du volume d'une petite noix qui s'est développée simultanément ou à quelques jours d'intervalle, le chancre ayant précédé l'adénopathie comme il est de règle.

Il part du chancre une *lymphangite plastique* très accentuée sous forme d'un petit cordon ayant le volume et la consistance d'une ficelle à fouet. Ce cordon lymphatique est intradermique ou hypodermique, mais dénué de tout rapport avec les corps caverneux et le canal lymphatique dorsal. Il se rend obliquement aux ganglions inguinaux gauches.

Le diagnostic de chancre n'est donc pas douteux. Tout concorde.

Mais le malade nous dit qu'en juillet 1908 il a eu un *phimosis* sous lequel existaient des indurations dont persistent encore des traces. On trouve en effet, à gauche du frein, une induration assez étendue et il est resté une symphyse partielle glando-préputiale du côté gauche.

J'ai en effet porté en 1908 le diagnostic de chancre syphilitique à Ricord et j'ai moi-même institué le traitement par « piqûres d'huile grise ». J'ai constaté ensuite quelques traces de roséole et des plaques dans la bouche qui ont été cautérisées à diverses reprises, huit ou dix fois, au nitrate d'argent par l'infirmier, *la dernière fois il y a deux mois et demi*.

Le malade a reçu depuis 1908, 5 séries de 6 piqûres d'huile grise et une série de 3 piqûres d'huile grise.

Enfin il est actuellement en cours de traitement, ayant fait des piqûres les 7, 14, 21 et 31 mai.

Il n'y a pas de signe d'Argyll Roberson ; le réflexe rotulien est normal.

Antécédents personnels.

1re attaque d'appendicite à 20 ans.

2e attaque. Il y a un an.

Pleurésie (?) rhumatismale (?) ayant duré 3 mois en 1903. On l'a soigné en 1907 pour tuberculose.

Le malade a des stignates de *myxœdème fruste* : il en a le facies : visage rond avec plaques cyanotiques aux joues ; kératose pilaire rouge de la queue des sourcils ; cheveux raides et clairsemés surtout à la nuque.

L'*intradermo-réaction* à la syphiline a été négative, la réaction de Wassermann, positive.

Une inoculation intradermique en quatre petits points a été faite avec le liquide de sérosité de l'ulcération au niveau de l'épaule droite.

Réflexions. — Il s'agit, à n'en pas douter, ici, d'une syphilis réinoculée chez un homme antérieurement syphilique depuis 18 mois. Cet accident de la verge joint aux adénopathies possède à la fois les caractères objectifs et l'évolution d'un chancre syphilitique. L'incubation d'une quarantaine de jours, l'apparition des ganglions inguinaux quelques jours après le chancre, confirment cette manière de voir.

L'évolution a d'ailleurs justifié ce diagnostic puisque le 21 avril, je constatai l'apparition d'une roséole.

La syphilis antérieure du malade n'est pas douteuse. J'ai vu moi-même le premier chancre dont reste encore l'induration et le malade a présenté depuis des plaques muqueuses de la gorge qui ont été cautérisées au nitrate d'argent à plusieurs reprises.

Il ne s'agit pas d'un *chancre redux*, puisque l'accident actuel siège sur un emplacement différent du premier : en l'espèce le fourreau de la verge, tandis que le chancre de 1908 siègeait dans le sillon balano-préputial.

On remarquera dans cette observation *la précocité de la réinfection*, 18 mois après le premier chancre, *l'inefficacité préventive du mercure*, puisque c'est en plein traitement par l'huile grise que sont apparues ces manifestations d'une réinoculation. Cette inefficacité du mercure était déjà connue puisque nous savons que les mineurs d'Amaden et d'Idria, entachés d'hydrargyrisme chronique, contractent la syphilis comme les autres.

Cela n'est pas surprenant si l'on songe que le mercure agit directement sur les tréponèmes pour les détruire ; le tréponème peut pulluler dans l'épiderme si au point et au moment où il y est déposé il ne s'y trouve pas de mercure. Le micro-organisme pénètre progressivement dans l'économie au fur et à mesure des fléchissements de l'imprégnation mercurielle, générale et surtout locale.

Il faut noter encore l'infiltration importante du chancre, du canal lymphatique et des ganglions inguinaux, caractères qui sont usuels dans la syphilis tertiaire et qui sont en conformité avec les résultats de Landsteiner, de Queyrat, qui provoquent des accidents d'allure tertiaire en inoculant du virus syphilitique à des syphilitiques tertiaires.

Soulignons l'*existence* de la *réaction Wassermann*, due sans doute à l'infection antérieure plutôt qu'à l'infection actuelle puisqu'il est rare de la trouver positive 15 jours après le chancre, ce qui montre que la présence d'anticorps spécifiques dans le sang n'est pas synonyme d'immunité.

Si de semblables faits où une syphilis nouvelle apparaît avec son cortège complet (chancre, ganglions, roséole) chez un syphilitique ancien, il n'en est probablement pas de même de faits analogues à ceux dont je vais parler maintenant et sur lesquels l'attention n'a pas encore été attirée.

J'ai eu l'occasion, il y a 3 mois, de voir un malade qui portait à la verge une lésion chancriforme des plus caractéristiques, développée 3 semaines après un coït avec une femme que le sujet savait être syphilitique.

Cet accident ne s'accompagnait pas d'engorgement

ganglionnaire, sinon d'un ou deux petits ganglions du volume d'un pois qui existaient peut-être antérieurement à la plaie nouvelle. Or, 45 jours exactement après le début de cet accident de la verge, apparaissait une éruption disséminée sur la totalité du corps et qui était constituée par des papules très infiltrées, les unes squameuses, les autres ulcérées et croûteuses analogues aux accidents de la syphilis maligne précoce.

Cet homme présenta en outre un gros ganglion épitrochléen gauche qui rétrocéda par le traitement et un infiltrat gommeux de la cuisse gauche à un travers de main au-dessus et en dehors de l'articulation du genou.

Or ce sujet avait eu, un an auparavant, un chancre syphilitique de courte durée qui n'avait pas été suivi d'accidents cutanés, mais de plaques muqueuses des piliers pour lesquelles il m'avait consulté et où j'avais trouvé le tréponème à l'ultramicroscope. Il avait eu aussi quelques petits ganglions cervicaux et épitrochléens à l'époque où je pratiquai l'examen ultramicroscopique. Depuis, il avait, à diverses reprises, fait des cures de pilules de Dupuytren.

A côté de ces faits où il y a réinfection syphilitique nette avec lésion au point d'inoculation il me semble qu'il existe des cas de réinfection sans manifestation objective au point d'absorption du virus, véritable *super-syphilisation* pour employer une terminologie appliquée par Carnot à la tuberculose sous le nom de supertuberculisation.

J'ai vu, en effet, un médecin, syphilitique depuis 10 ans, présenter, trois semaines après un coït avec une femme qu'il reconnut, au moment même du coït, atteinte d'accidents secondaires, mais qu'il ne crut pas devoir repousser se sachant vacciné, une dizaine de petites papules squameuses, typiques, disséminées dans la région du dos, en même temps qu'il se plaignait d'une céphalée assez vive, symptômes qui disparurent sous l'influence d'un traitement mercuriel que je lui conseillai, mais qui l'avaient alarmé, car il n'avait plus d'accidents depuis longtemps.

J'ai observé chez un autre médecin un fait exactement superposable à celui que je viens d'indiquer, où il y a eu en outre une périostose tibiale, ce qui semble bien montrer qu'il s'agit là d'autre chose que d'une coïncidence. C'est peut-être à un semblable mode pathogénique que sont dues les septicémies tertiaires subites et inattendues apparaissant plusieurs années après le début de la vérole.

Ces faits cliniques sont assez conformes à ce que nous a appris l'expérimentation de ces dernières années. Ils nous montrent que l'immunité des syphilitiques vis-à-vis de la syphilis n'est pas si solide qu'on le croyait autrefois. La syphilis ne se conduit pas différemment des autres maladies infectieuses : nous savons aujourd'hui combien est fréquente la récidive de la rougeole ; combien est courte la période d'immunisation de la vaccine puisqu'on a vu des sujets contracter la variole deux ans après la vaccination. Il nous faut également reviser la question de la durée d'immunisation de la syphilis : elle est loin d'être éternelle et définitive puisque nous apportons ici une réinfection 18 mois après le chancre.

On peut, en tous cas, tirer une conclusion pratique : c'est que, contrairement à la croyance usuelle, il n'est pas indifférent pour un syphilitique de s'exposer au contact de lésions syphilitiques exogènes et qu'un des éléments d'une bonne prophylaxie des accidents de la syphilis chez les syphilitiques est la fidélité conjugale ou concubine.

Dermite mercurielle figurant une main et due à la simple application, sur la peau, de la main trempée dans une solution d'oxycyanure de mercure ;

Par MM. **TISSIER** accoucheur à l'hôpital de la Charité
et **CORPECHOT**, interne provisoire des hôpitaux.

Madame Ca... âgée de 32 ans, ménagère, entre à la Maternité de la Charité au terme d'une 6e grossesse. Elle prévient qu'à ses accouchements précédents faits dans le service, elle a présenté des accidents éruptifs très vraisemblablement dus à l'emploi du sublimé pour les toilettes et les injections. L'éruption apparaissait sur l'abdomen, la face interne des cuisses et au pourtour de l'anus ; elle débutait le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement.

Seules les premières couches, qu'elle fit à la Maternité en 1901, ne furent pas suivies d'incidents de ce genre.

Cette dame ne présente pas de passé pathologique ; elle s'est toujours très bien portée et n'a aucun souvenir de phénomènes semblables survenus dans son enfance ni chez aucun membre de sa famille à la suite de la prise ou de l'application de médicaments. Elle raconte cependant qu'à la mort de son premier enfant survenue au 9e



mois, au cours d'une méningite, elle présenta une éruption généralisée (éruption de lait, dit-elle) qui dura deux ou trois jours et disparut.

Ainsi mis en garde, on prit soin au moment de l'accouchement, qui eut lieu le 22 février dernier, de ne pas faire usage de la solution d'oxycyanure de mercure au 1/1000 habituellement employée pour la toilette des mains. La sage-femme se brossa à l'alcool, mais au moment de la délivrance, elle trempa, sans y prendre garde, par habitude, ses mains dans une cuvette d'oxycyanure et pratiqua l'expression du fond de l'utérus avec la main gauche pour amener le placenta à la vulve.

Le lendemain, à la visite du soir, l'accouchée se plaint d'une vive cuisson au niveau de l'abdomen et l'on trouve sur la région ombilicale, à droite de l'ombilic, un large placard érythémateux commençant à se dessiner et répondant exactement à la région du fond de l'utérus sur laquelle la main imprégnée d'oxycyanure s'était appuyée.

Le deuxième jour, le placard érythémateux se précise, et actuellement, au matin du troisième jour, il dessine en relief avec une netteté extrêmement curieuse la main de la sage-femme.

Toute la partie interne : éminence hypothénar, annu-

laire et auriculaire, qui prenait largement appui sur l'abdomen, répond à une zone érythémateuse continue, tandis que l'éminence thénar, prolongée par les autres doigts, pouce, index et médius écartés les uns des autres, se détache beaucoup plus nettement, très heureusement mise en relief par des intervalles de peau saine et blanche répondant aux espaces interdigitaux et à la légère dépression séparant les deux éminences de la paume.

L'éruption est constituée par un fond érythémateux rouge vif sur lequel perlent de petites et nombreuses vésicules remplies d'un liquide incolore pour les unes, jaunâtre pour les autres ; elle s'accompagne de légère démangeaison.

L'état général de la malade est excellent, il n'y a pas eu d'élévation de la température, aucun symptôme d'intoxication, pas de stomatite ; enfin nulle part ailleurs on ne trouve trace d'éléments éruptifs, c'est donc là une dermite nettement artificielle, localisée exactement au point d'application du liquide irritant, comme c'est le trait caractéristique de ce genre d'érythème bien connu de tous les auteurs.

L'évolution de la tuberculose ostéo-articulaire ;

Par M. Emile GIROU,
Ancien interne de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

Lorsqu'un médecin est appelé pour la première fois auprès d'un malade, celui-ci et son entourage l'interrogent sur la gravité de la maladie et sur sa durée. Si la réponse à la première de ces questions est, dans bien des cas, difficile, il est encore moins commode souvent de répondre à la seconde.

Dans les tuberculoses osseuses ou articulaires, affections éminemment chroniques, beaucoup de praticiens sont souvent embarrassés. Il importe cependant ici, plus que partout ailleurs, de donner au malade une réponse sinon précise, du moins s'approchant autant que possible de la vérité. Il est en effet absolument nécessaire de lui faire bien comprendre qu'il ne doit compter sur une *bonne* guérison que s'il se soumet à un traitement approprié pendant un temps excessivement long.

Ce n'est pas en mois, mais bien en années qu'il faut évaluer la durée de l'affection.

Ces malades sont en effet des tuberculeux et la tuberculose, si elle tue parfois en quelques jours, ne guérit jamais en quelques mois, quelle que soit sa localisation : une tuberculose pulmonaire, même traitée dès l'hémoptysie qui marque le début clinique doit être soignée pendant deux ou trois ans ; il n'est pas rare de voir un lupus durer dix, vingt ou même trente ans. Un ganglion tuberculeux unique n'évolue jamais en moins d'un an ou même de dix-huit mois ; s'il existe une chaîne, ce qui est le cas le plus constant, il faut souvent compter de deux à quatre ans avant la guérison.

Et notons que nous ne parlons en ce moment que des tuberculoses des enfants et des adolescents, celle des adultes est beaucoup plus longue et plus difficile à guérir ; celle des vieillards est pour ainsi dire incurable.

Une tumeur blanche du coude, du poignet ou de l'épaule, traitée dès le début dans les conditions les plus favorables, dure généralement chez l'enfant deux ou même trois ans ; une lésion du membre inférieur (tumeur blanche du cou-de-pied ou du genou, coxalgie) ou de la colonne vertébrale durent trois à cinq ans. Et notons encore que c'est là une durée minima : celle par exemple des hydarthroses à répétition du genou quand elles sont (c'est le cas le plus fréquent) d'origine tuberculeuse.

Mais la guérison est considérablement retardée pour peu que la maladie n'ait été soignée que tardivement, ou soignée de façon défectueuse.

La maladie ne peut en effet être considérée comme guérie que lorsque la culture bacillaire ne présente plus aucun microorganisme actif ou capable de le redevenir. La culture est très virulente au début ; elle épuise ensuite progressivement sa virulence ; il faut mettre la lésion dans les conditions facilitant le plus possible cette évolution : pour cela supprimer tout ce qui pourrait traumatiser le foyer (contact d'une autre surface articulaire, mouvements de l'articulation, etc., etc.) ; un traumatisme dû à l'une de ces causes, par conséquent à un relâchement dans le traitement, aurait pour conséquence un réchauffement de la culture, par suite un retard parfois considérable de la guérison, puisque le bénéfice de quelques mois de *refroidissement* serait perdu. Une faute, une simple négligence dans ce traitement serait aussi grave qu'un écart de régime chez un malade atteint d'appendicite encore fébrile et douloureuse.

On ne doit mobiliser une articulation tuberculeuse que *lorsqu'on est sûr que la culture est entièrement refroidie.* Nous avons vu tout à l'heure au bout de combien de temps on pouvait espérer ce refroidissement.

Et notons que jusqu'à maintenant nous n'avons eu en vue que des manifestations uniques. Que serait-ce si nous envisagions les lésions multiples de la bacillose osseuse et articulaire ; la durée en est alors plus grande, mais surtout le pronostic doit en être plus réservé, car ces lésions multiples doivent nous mettre en garde contre l'éventualité, au moment où nous escomptons la guérison de ces foyers traités, de l'évolution d'une nouvelle lésion. Ces malades sont en effet, plus encore que les autres, des bacillaires, et chez eux il devient bien hardi d'annoncer à l'avance avec certitude la guérison. Même guéris, ces malades nous exposent souvent à des rechutes, à de nouvelles atteintes du bacille de Koch : combien de pottiques, de coxalgiques bien guéris de leur foyer articulaire sont emportés quelques années plus tard par une méningite. Il faudra donc toute leur vie ménager ces malades, les considérer toute leur vie comme en état d'équilibre instable.

Ces considérations paraîtront peut-être bien théoriques : elles ne le sont pas, c'est dans un but éminemment pratique que nous nous sommes étendu sur ces idées. Et en effet, après avoir paru trop pessimiste, nous voici arrivé maintenant à une conclusion qui l'est beaucoup moins, c'est celle que les anciens auteurs désignaient par ces mots : *natura medicatrix* ou *natura artis magistra.* Il faut laisser la nature faire son œuvre ; cette œuvre DOIT être bonne.

Il n'existe sans doute pas plus de traitement spécifique des bacilloses osseuses que des bacilloses pulmonaires : en vain a-t-on multiplié les essais : on a vanté tour à tour les pointes de feu superficielles ou profondes, la méthode de Bier, les applications de sels de Salies, les modificateurs internes les plus variées des surfaces articulaires ; le sulfate de zinc, le chlorure de zinc, l'iodoforme sous toutes ses formes (éther, huile ou glycérine), le goménol, le naphtol camphré, les liquides de Lannelongue et de Calot, dans lesquels plusieurs substances, peu actives individuellement, additionnaient leur action. Plus récemment, le thymol camphré a remplacé le naphtol camphré dans la pratique de l'hôpital maritime de Berck. Chaque méthode a donné quelques succès, aucune jusqu'ici

maintenant n'a donné un résultat suffisant. Elles travaillent toutes à la guérison, surtout à la période où la culture bacillaire a perdu la plus grande partie de sa virulence ; elles facilitent alors le travail de sclérose, mais elles ne hâtent guère la guérison.

Le traitement général influe plus sur l'évolution, mais surtout, et c'est sur ce point que nous voudrions insister, cette évolution doit passer par certaines étapes ; laissée à elle-même *dans de bonnes conditions*, elle guérira dans un temps qu'il est difficile de rendre moins long. Le rôle du médecin est *donc de mettre le malade dans les meilleures conditions générales et locales*, et de lui faire bien comprendre qu'il doit être patient. L'évolution est lente, c'est possible, mais il ne faut pas se désespérer, il faut au contraire attendre plus du temps que de telle ou telle panacée. Que le malade se persuade bien qu'une faute dans son traitement, une mobilisation hâtive par exemple, retardera sa guérison sûrement et peut-être même la compromettra (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Médecine générale et chirurgie dentaire.

A propos du décret du 10 *janvier* 1910.

La démonstration n'est plus à faire que le médecin de campagne doit avoir quelques notions de chirurgie dentaire d'urgence, et cela a été officiellement compris, puisque le décret nouveau sur la réorganisation des études médicales prévoit un enseignement et un stage de stomatologie pour l'étudiant en médecine.

Je ne voudrais pas encore revenir sur la signification de ce mot : stomatologie, et je ne demanderais pas mieux que de préciser le rôle du médecin général au point de vue dentaire, sans m'attarder à discuter sur ce mot, mais vraiment, je ne puis l'accepter tel qu'il nous est imposé maintenant, jusque par les pouvoirs publics, sans protester.

Qu'a voulu dire ce décret ?

Quel sera le programme de cet enseignement ?

Devra-t-on enseigner aux étudiants en médecine les maladies de la bouche ou les maladies des dents ?

Il ne peut être question des maladies de la bouche, car cette partie de la pathologie est traitée très largement dans les différentes chaires, et pendant son stage hospitalier, l'étudiant en médecine a l'occasion d'en étudier et d'en voir.

Fracture des mâchoires, syphilis buccale, épithélioma des maxillaires, glossites et stomatites, tuberculose linguale, voire même la pyorrhée chez les diabétiques, la gingivite des femmes enceintes, etc., etc., tout cela est vu et connu de tout docteur en médecine ayant accompli son stage, soit dans les services de médecine, soit dans les services de chirurgie générale et dans les services spéciaux, rhino-laryngologie, obstétrique, vénériens, etc.

Les maîtres, qui sont chefs de ces divers services, ne sont-ils pas les professeurs nés de cet enseignement, intégralement contenu dans l'enseignement de la pathologie interne et externe, théorique ou clinique.

(1) Ces notes ont été prises à la leçon d'ouverture du cours annuel de vacances de M. le Dr Ménard, chirurgien en chef de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Il ne peut donc pas être question de tout cela dans le nouveau programme d'études médicales.

Puisque ce programme innove, ce n'est pas ce qui existe déjà qu'il veut créer ? Non, ce sont tout simplement des maladies des dents dont il est question, et tout spécialement de ces maladies, qui, jusqu'à ce jour, n'ont jamais été enseignées à l'étudiant en médecine et qui, contrairement à celles dont je viens de parler, n'existent pour ainsi dire pas dans toute la pathologie.

La carie tout d'abord, son traitement, l'obturation d'urgence, l'extraction. La complication immédiate de la carie : abcès, fistules. La deuxième dentition, la direction à donner aux dents qui évoluent irrégulièrement. Les divers instruments et substances indispensables à tout médecin qui sera seul en face de cas *odontologiques*, voilà ce que veut dire le décret.

Pathologie et thérapeutique dentaires et exclusivement cela, car le reste est enseigné.

Alors, n'est-on pas en droit de demander très respectueusement au décret : Pourquoi enseigner la stomatologie ? Quand ce qui manque au médecin, c'est l'*odontologie* et rien que l'*odontologie*.

Et pourquoi n'avoir pas mis, odontologie puisque tout le monde est d'accord là-dessus, le but étant d'apprendre à soigner une dent ?

Est-ce pour donner raison aux confrères médecins exerçant l'art dentaire, qui prétendent faire autre chose et mieux que les autres ?

Est-ce que par hasard les auteurs du décret ont découvert des lésions buccales ou dentaires nouvelles qui puissent faire un groupe sous le nom de stomatopathies et qui seraient inconnues aussi bien des médecins qui font de l'art dentaire, ou *odontologistes* comme moi, et des chirurgiens dentistes ?

Je serais curieux d'en voir la liste pour les connaître et les soigner dans ma clientèle ?

Mais puis-je croire que le mot « stomatologie » placé dans le nouveau décret soit la conséquence de la découverte d'une pathologie nouvelle ?

Est-ce ignorance de la chose ou pour faire plaisir qu'on nommera stomatologie la dentisterie exercée par les médecins ? Veut-on, pour tout concilier, imiter ce brave prêtre qui baptise, en temps de carême, un poulet du nom de carpe ?

Tout est bien tant que la discussion reste dans les camps où flotte le drapeau stomatologique et odontologique, il n'y a rien de bien dangereux ; — les combattants, par pur idéal à réaliser, rompent des lances, et que le médecin et le chirurgien dentiste restent sur leurs positions ou que l'un des deux succombe, le public qui a recours aux soins de ces spécialistes sera toujours satisfait, car le Progrès ne s'arrêtera pas avec la mort d'un groupe — et quel que soit le survivant — il sera le représentant du maximum de moyens thérapeutiques.

Mais vraiment, je ne comprends plus quand le décret indique *la stomatologie*, et je me crois en droit de protester contre le préjudice qu'il me cause, car son rôle n'est pas d'établir officiellement une chose, qui d'abord n'existe pas, et n'est en réalité que le nom du groupe, très honorable, très distingué, des confrères médecins qui pratiquent l'art dentaire — exactement le même que chirur-

giens-dentistes ou docteurs en médecine odontologistes pratiquent !

Et vraiment encore je ne vois pas bien qu'un décret officialise la prétention d'un citoyen d'être plus haut et plus fort que les autres quand il est simplement — comme tous ses confrères — obligé de lutter contre les mêmes maladies avec les mêmes moyens.

Mais il n'y a pas que ce décret qui crée la confusion par le mot « Stomatologie », dans le public. Les divers ministères qui organisent le *service dentaire* n'hésitent pas à qualifier la prescription d'examen des dents et des soins à donner à *ces dents* de l'anachronique appellation de stomatologie.

Il y a un service de stomatologie au Val-de-Grâce, et peut-être ailleurs !

Un service dans lequel on arrache des dents, on en obture quelques-unes, on en remplace quelques autres, ni plus ni moins que dans la vulgaire école dentaire, ou chez le plus infime chirurgien-dentiste ! Ce n'est pas un service de stomatologie. Et l'Assistance publique l'a bien compris en créant les *dentistes* des hôpitaux, et *les dentistes*, parce qu'on ne demande à ces praticiens que de la *thérapeutique dentaire* et rien que dentaire, et s'ils font davantage, c'est parce que les chefs des grands services le tolèrent ou l'ignorent !

Je ne dis point ici que le docteur en médecine n'est pas qualifié pour être dentiste, j'ai à ce sujet déjà donné mon opinion, mais je dis que son action professionnelle quand il pratique l'art dentaire est la même pour lui et pour tous les dentistes. Je proteste quand des pouvoirs publics, sans raison, sans documents, lancent des mots qui peuvent porter atteinte aux droits que les lois donnent, en faisant croire aux malades que tels savent des choses que tels autres ignorent, et que les premiers offrent plus de garanties que les seconds.

Si c'est la pensée des pouvoirs publics, il est de toute nécessité qu'ils proposent la suppression du chirurgien-dentiste, comme praticien dangereux. Ce serait au moins plus logique que de compléter ses connaissances odontologiques au détriment des connaissances stomatologiques que ce décret vient de prescrire aux étudiants en médecine. A moins toutefois que ce décret n'entende par stomatologie qu'un diminutif d'odontologie. Alors tout est bien. SIFFRE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du prurit vulvaire chez les diabétiques ;

Par M. Paul CARNOT.

On sait combien tenace et, parfois, désespérant est le prurit vulvaire de certaines diabétiques.

Le *prurit* est souvent terrible, avec exacerbations survenant par crises, empêchant la malade de dormir et ne lui laissant parfois aucun répit. Il s'accompagne d'*érythème* couvrant les grandes lèvres et leur donnant une teinte d'un rouge jaune un peu bistré. Puis, consécutivement aux grattages, surviennent des *ulcérations*, qui siègent, en général, entre les grandes et les petites lèvres, à la surface interne des grandes lèvres où à la fourchette ; ces ulcérations sont rougeâtres, douloureuses et prurigineuses, peu suintantes, très lentes d'évolution.

La cause du prurit initial, de l'érythème et des ulcérations consécutives est, très certainement, le diabète. Cette affection agit probablement par l'action irritante du sucre sanguin sur les terminaisons nerveuses ; mais elle agit, surtout et avant tout, par le contact prolongé de l'urine sucrée avec les organes génitaux externes de la femme.

Le *traitement* comprendra :

1° Un *traitement général* du diabète, par les alcalins et, surtout par la diététique : on améliore souvent ainsi le trouble local en diminuant l'intensité de la glycémie.

2° Un *traitement local* des lésions : on pourra utiliser notamment les applications locales de liqueur de Van Swieten très chaudes et fréquemment renouvelées, ou les applications locales d'une solution de bicarbonate de soude, en poudrant ensuite par des applications de talc et d'oxyde de zinc. Les applications locales de goudron, pur ou mélangé par moitié avec la lanoline, sont parfois très efficaces.

L'action locale et analgésiante des rayons X s'est montrée, parfois, d'une efficacité surprenante dans certains cas rebelles.

3° Mais la partie la plus importante du traitement consistera à *supprimer tout contact prolongé des parties irritées avec de l'urine sucrée* : on fera faire, notamment, des lotions et injections, très soigneusement, après chaque miction.

Dans un cas récent de prurit vulvaire chez une diabétique, remarquable par son intensité et sa ténacité, et tel qu'il avait rendu l'existence intolérable à la malade, nous avons employé une médication très simple, qui nous a donné d'excellents résultats.

Nous avons cherché à faire disparaître, automatiquement, le contact local du sucre urinaire avec les lésions enflammées, grâce à des lotions vulvaires et à des injections vaginales de *levure de bière* (une cuillerée de levure fraîche dans un litre d'eau).

La levure de bière avait pour but de faire disparaître, par fermentation, le sucre urinaire résiduel, resté au contact des parties irritées. Non seulement nous supprimions ainsi le contact irritant du sucre ; mais nous le remplacions, grâce à cette fermentation, par une solution alcoolique faible, antiprurigineuse et tonique des tissus.

Les résultats furent très rapidement remarquables : les injections et lotions à la levure de bière, répétées deux fois par jour comme unique traitement, firent cesser, dès le deuxième jour, le prurit ; l'inflammation cessa : les ulcérations se cicatrisèrent rapidement, sans que soit intervenu aucun traitement diététique ou médicamenteux.

Nous pensons, d'ailleurs, que cette méthode, si simple et si dénuée d'inconvénients, est applicable à diverses diabétides externes, à certaines plaies, à certaines gangrènes, à certaines stomatites, etc., dans les cas, en un mot, où la levure de bière, au contact des sécrétions sucrées, pourra localement faire disparaître le sucre par fermentation.

Pareil procédé pourra rendre service dans les cas rebelles de diabétides génitales, qui font souvent le désespoir des malades, et, par contre-coup, celui de leurs médecins.



ASSISTANCE DES ANORMAUX

—

Notes sur un essai de colonies de vacances et de placements familiaux d'enfants des classes d'anormaux (1).

La création de classes spéciales d'enfants anormaux provenant des écoles publiques a eu pour conséquence nécessaire la formation, à Bordeaux, d'une sorte de Commission médico-pédagogique qui s'est imposée officieusement la direction de ces classes, et, d'une manière générale, l'étude des questions relatives aux anormaux psychiques.

Cette commission se compose de MM. Alliaud, inspecteur d'Académie, Rotgès, inspecteur de l'enseignement primaire, Balans et Ribaud, directeurs d'écoles, Lacoste et Chaigne, maîtres des classes spéciales, le docteur Régis, médecin-inspecteur spécialiste des écoles, les docteurs Abadie et Dumora, médecins inspecteurs adjoints (2). Elle se réunit tous les mois et discute les questions intéressant l'enseignement et les soins spéciaux a donner aux enfants des classes d'anormaux. Elle a réussi à fonder, grâce à des dons particuliers et à des allocations provenant d'œuvres de bienfaisance, une caisse modeste dont les fonds sont employés à l'achat de vêtements, médicaments, matériel d'enseignement spécial, etc., destinés aux enfants de ces classes.

Dans sa réunion du mois de juillet 1909, cette Commission décida de faire l'essai de placements familiaux de ces enfants à la campagne pendant les vacances.

Grâce à la générosité de la ville et au concours précieux de M. l'adjoint Bellocq et de M. David-Chaussé, chef de la division de l'Hygiène, elle put augmenter les ressources de sa caisse et réaliser son projet.

***

Pour que l'expérience fût démonstrative et servît d'insruction pour l'avenir, on procéda ainsi qu'il suit.

Les maîtres et les médecins des classes spéciales choisirent de concert 12 enfants. Sur ces 12 enfants, 5 appartenaient à l'école de la rue St-Charles, 7 à l'école de la rue Montgolfier.

Diverses manières de placements familiaux furent employées.

Un enfant (Sa...) fut confié à sa nourrice qui habite un département voisin et qui se chargea de lui, moyennant la subvention allouée à chaque enfant. La famille offrait toutes les garanties matérielles et morales. Mais on n'a aucun renseignement précis sur la conduite de l'enfant : on sait seulement qu'il a été fort dissipé en même temps que fort gâté.

Un second (Via...) a été placé chez sa grand'mère dans les environs de Bordeaux. Dans cette maison, il y avait une installation complète de laiterie. L'enfant a consommé une grande quantité de lait et de laitages. Il était étroitement surveillé par la grand'mère. Il passait toutes ses journées au grand air et accompagnait le gardien du troupeau. Il n'est pas parvenu d'autres renseignements sur lui.

Un troisième (La..) fut placé dans une famille de paysans habitant la propriété du directeur de son l'école. Il fut donc régulièrement observé par celui-ci. L'enfant eut en général une bonne conduite ; il manifesta de bons sentiments à l'égard des personnes qui le gardaient. C'est dans sa classe un enfant légèrement arriéré, sans tares morales, mais très instable, qui donna pendant son séjour à la campagne toute la mesure de son instabilité. Il fut impossible d'obtenir de lui un travail régulier, alors même que ce travail était facile et plaisant : il commençait à exécuter les ordres reçus, mais ne parvenait jamais à accomplir la besogne indiquée ; l'appât de récompenses ne suffisait pas même à lui donner l'attention et la persévérance nécessaires. Pour le faire travailler, il fallait le surveiller, le diriger et le stimuler sans cesse. On peut voir dans cet exemple la difficulté de l'adaptation sociale future de certains anormaux.

Un quatrième, un cinquième et un sixième furent confiés à des familles d'ouvriers et de paysans dans la localité où le maître de leur classe passait lui-même ses vacances. Celui-ci exerça sur eux une surveillance presque quotidienne, les emmenant souvent dans ses promenades. L'un d'eux (Dré..) dut être rendu à sa famille au bout d'une dizaine de jours, il urinait toutes les nuits au lit. Malgré toutes les précautions prises par les nourriciers et malgré tout leur bon vouloir, cette infirmité rendit le séjour de l'enfant impossible. Un autre (La..), arriéré moyen, agité dans sa classe, fut un enfant insupportable. En quelques jours, il était devenu la terreur des ménagères de son quartier ; il franchissait les clôtures, entrait dans les maisons, dévastait les vergers pour manger les fruits même verts ; il s'acharnait plus spécialement sur un âne attaché dans un pré voisin et martyrisait cet animal. A plusieurs reprises, il fut corrigé à coups de fouet par les voisins. Le dernier de ce groupe (Lar..) eut au contraire une conduite irréprochable. Il aidait la nourricière dans son ménage et accompagnait le nourricier dans les bois. Au moment de son départ il eut un vif chagrin de les quitter. C'est dans sa famille et en classe un enfant tranquille, plein de bons sentiments, atteint seulement d'arriération légère.

Un septième (Du..) partit avec un groupe de 27 normaux dans une colonie scolaire organisée par la Fédération des pères de famille. Celui-ci fut intolérable : il battait ses camarades, il crachait dans leurs aliments, il faillit tuer un enfant avec un bâton, il lança une grosse pierre sur la tête d'un autre et lui fit une large plaie. Il fut à ce point difficile et dangereux qu'au retour, on déclara au directeur de l'école que dorénavant on n'accepterait plus, dans ces colonies, d'enfants provenant des classes d'anormaux.

Enfin, une petite colonie de cinq enfants (Flam.., Ma.., Mé.., For.., Tri.) fut envoyée à Arès pendant le mois d'août. Elle comprenait un mélange de calmes et d'agités. Ces enfants furent accompagnés à la gare par leurs parents, embarqués sous la surveillance de leur maître, convoyés pendant le trajet par une personne chargée de ce soin, et reçus à l'arrivée par la nourricière. Celle-ci était une femme habitant avec son mari, sa fille et son gendre. Cette famille avait été spécialement choisie par M. le Dr Peyneau (d'Arès), qui avait offert sa collaboration et qui surveilla ces enfants avec beaucoup de sollicitude pendant tout leur séjour. Les soins matériels fournis par cette famille furent très satisfaisants ; la nourriture était très abondante, les enfants couchaient séparément dans une vaste pièce qui servait de dortoir. Ils aidaient le matin aux travaux du ménage, les plus calmes étaient chargés du nettoyage de la chambre et de la vaisselle, les plus agités aidaient à faire la provision de bois au dehors. Ils étaient conduits régulièrement matin et soir dans les prés et dans les bois, et jouaient pendant la plus grande partie de la journée en plein air. Ils furent plus rarement menés au bord de la mer. La petite colonie fut visitée par M. le Dr Régis qui revint enchanté de son installation et de son organisation. Aucun incident regrettable ne fut signalé. Ces enfants, habitués les uns aux autres, s'accordèrent parfaitement et furent très supportables ; l'un cassa bien quelques assiettes, un autre attacha le chien de la maison par la queue à un arbre, mais quelques légères corrections maintinrent facilement l'ordre : les enfants furent toujours polis, jamais insubordonnés, plutôt obéissants. Il faut signaler que l'un d'entre eux (Fla..) fut sujet à des accès assez fréquents de somnambulisme, qu'il présente depuis longtemps dans sa famille ; et que trois eurent, passagèrement, mais à plusieurs reprises, de l'incontinence d'urine nocturne.

***

(1) *Travaux de la Commission médico pédagogique pour l'Etude le l'Education des anormaux psychiques des Ecoles.* Notes recueillies par le Dr J. Abadie d'après les renseignements fournis par M. le Dr Peyneau, MM. Lacoste et Chaigne.

(2) Depuis la création récente d'une classe de filles, cette commission s'est augmentée de Mlle Chinaguet, directrice d'école, et Mme Galy, maîtresse de la classe spéciale.

Les enfants ont gardé un souvenir vivace de teur séjour à la campagne. Ils se rappellent avec plaisir la nourriture bonne et abondante qu'on leur servait, les occupations du ménage, les jeux dans les prairies, les courses dans les bois, les amusements dans le sable de la plage, etc. Ils parlent souvent des menus incidents de leurs vacances. Ils se souviennent avec reconnaissance des personnes qui les ont gardés et soignés : la plupart leur ont écrit depuis leur retour. Ils regrettent la vie de plein air, ils demandent à revenir à la campagne pendant les vacances prochaines et se promettent d'en profiter mieux encore.

Les parents, qui étaient venus attendre leurs enfants à la gare, étaient émerveillés de leur transformation ; ils s'extasiaient sur leur bonne mine et leur aspect vigoureux. Les mères sont venues remercier les maîtres ; chacune déclarait que son enfant n'était plus le même, qu'il se portait mieux, qu'il était plus calme et plus docile, etc. Toutes ont témoigné à plusieurs reprises leur satisfaction et leur reconnaissance.

Ces sentiments trouvent leur explication dans les résultats remarquables obtenus au point de vue physique chez la plupart de ces enfants. Vivant au grand air, nourris certainement mieux que dans leurs familles, ils prirent rapidement des aspects de santé florissante. Aucun d'eux, pendant leur séjour à la campagne, ne fut atteint de la moindre indisposition, malgré une température relativement basse et un temps presque toujours pluvieux. Ils ont été en bonne santé pendant l'hiver qui a suivi.

Les pesées et les mensurations faites avant le départ et après le retour sont la preuve des améliorations physiques obtenues.

La taille des enfants a augmenté de deux centimètres environ dans un mois. Quelques-uns ont atteint même trois centimètres.

Leur poids s'est accru de 1 kilogr. et demi en moyenne : certains ont augmenté de 2 kilogrs. et même de 3 kilogrs.

Leur périmètre thoracique s'est développé de 1, 2, et même 3 centimètres.

Ces résultats sont d'un grand enseignement, si l'on pense à la lenteur habituelle du développement physique des anormaux psychiques.

Il serait osé d'autre part de mesurer les bénéfices retirés au point de vue intellectuel et moral d'un séjour aussi court à la campagne. Il suffit de signaler que ces enfants ont échappé pendant ce temps, certains au régime de privations de leurs familles, tous aux mauvaises fréquentations, aux tentatives malsaines de la rue et au vagabondage par la ville. Si certains d'entre eux prenaient ainsi le goût de la campagne et des travaux agricoles, il faudrait s'en féliciter, car la vie des champs est celle qui convient le mieux au plus grand nombre des anormaux psychiques.

***

De cet essai de colonies de vacances et de placements familiaux d'enfants des classes d'anormaux, on peut retirer les enseignements suivants :

Le séjour à la campagne pendant les vacances doit entrer, pour les anormaux psychiques, dans la série des restaurations physiques qui sont l'objet des sollicitudes des médecins chargés de la surveillance de ces enfants. Après les nettoyages des organes des sens, après l'amélioration des fonctions viscérales, après les traitements médicaux, après l'hygiène corporelle, le séjour en plein air pendant les vacances doit servir au « retapage » physique de l'anormal. La Commission médico-pédagogique s'efforcera, pour les vacances prochaines, d'en faire bénéficier le plus grand nombre possible des élèves dont elle a la charge. En attendant la création, sans doute très éloignée encore, d'un internat d'anormaux situé à la campagne, elle réclamera de nouveau la collaboration de toutes les bonnes volontés charitables.

Les tentatives faites pendant les vacances dernières permettent de déterminer les meilleures conditions de ce séjour à la campagne pour les enfants anormaux.

Leur présence dans les colonies de normaux est impossible. A priori, on pouvait le penser : l'unique tentative faite dans ce sens a été démonstrative.

Leur placement familial isolé est possible. Il doit être fait, quand la famille se charge de placer l'enfant chez des nourriciers de son choix. Il est possible encore, puisque pour une somme relativement peu élevée (30 à 35 francs par mois et par enfant) certaines familles de la campagne assurent à ces enfants le confort moral et matériel. Exception doit être faite pour les enfants qui présentent des vices rédhibitoires, tels que : incontinence nocturne d'urine habituelle, impulsions au vol et à la violence, etc.

Le placement familial par petites colonies de trois à six enfants est encore possible. L'essai fait à Arès est très encourageant. Le choix de cette localité offre des avantages considérables. Le premier est la surveillance médicale exercée sur les enfants : la Commission médico-pédagogique est particulièrement reconnaissante à M. le Dr Peyneau qui veut bien l'aider à l'avenir en choisissant les nourriciers et en surveillant les enfants. Un second avantage est dû à la décision bienveillante d'une femme de bien dont la charité s'étend à toutes les œuvres philanthropiques qu'elle rencontre ; en effet, Madame Wallerstein a consenti, après la demande qui lui en a été faite par M. le Dr Régis, à hospitaliser gratuitement ces enfants dans son hôpital d'Arès, dans le cas où ils tomberaient malades pendant leur séjour. Enfin, la situation spéciale d'Arès réunit les avantages d'un climat marin adouci par le bassin d'Arcachon à ceux d'un climat forestier, ce qui permet d'utiliser, dans une même localité et suivant les besoins d'organismes différents, l'atmosphère tonique du bord de la mer et l'action sédative de la forêt de pins.

CORRESPONDANCE

A propos d'un article sur la fièvre de Malte

Je lis dans le *Progrès Médical* du 14 mai 1910 un article de MM. Lagriffoul et Roger, d'où il découle que le mérite leur revient d'avoir signalé la F. de Malte dans le midi. Or l'épidémie de Saint-Martial, qui compte environ 180 cas et dont ces messieurs donnent l'indication sans nom d'auteur, a été communiquée par Aubert Cantaloube et Thibault, le 20 novembre 1909, à la Société de Biologie.

Le premier cas reconnu par Lagriffoul et Roger n'a été communiqué à cette société qu'en janvier 1910 et dans la note ils reconnaissent notre antériorité.

J'ai publié moi-même divers articles, en particulier dans le *Journal des Praticiens* et le *Montpellier Médical*. Je viens d'en adresser d'autres à *la Clinique* et à la *Province médicale*. Et dans deux ou trois semaines va paraître de ma part un volume sur la fièvre de Malte en France, d'après 210 cas *personnels*.

MM. Lagriffoul et Roger, pour des motifs que je ne comprends guère, m'obligent à des rectifications incessantes, qu'on admet d'ailleurs avec beaucoup de bienveillance. Je vous serai infiniment reconnaissant de vouloir bien me donner l'hospitalité de vos colonnes, soit pour une simple rectification où tout correctement j'établirai les faits, soit pour un article que je détacherai volontiers de mon ouvrage, — article contenant des documents absolument neufs.

J'ai eu déjà l'honneur de vous envoyer diverses brochures ; je vous adresse par le même courrier la première communication faite à la Société de Biologie.

Sans doute je rétablirai la vérité dans l'avant-propos de mon livre, mais déjà je voudrais bien que les lecteurs du *Progrès* ne soient pas induits aussi complètement en erreur.

Veuillez agréer, etc.,

Dr Paul CANTALOUBE, de Sumène (Gard).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1910.

Le lever précoce des laparotomisées. — M. ***H. Reynès*** rappelle les avantages du lever précoce : amélioration de l'état général, reprise rapide des fonctions de l'intestin et de la vessie, guérison accélérée. Les adversaires de la méthode redoutent l'éventration, les douleurs, les hémorrhagies, les phlébites et embolies. Ces craintes semblent injustifiées par la pratique ou exagérées. Le lever précoce varie du 7e au 3e ou 2e jour après l'opération, il suppose les précautions préalables suivantes : préparation des malades, bonne technique, asepsie et hémostase exacte, choix et administration limitée des anesthésiques (mélange alcool-chloroforme-éther), suture de la paroi à trois plans, dont deux au catgut, sanglage abdominal et spica avec bandes de toile ou bandes gommées, prudence dans les manœuvres du lever.

Les contre-indications sont les suivantes : fièvre, état général mauvais, phlébites, difficultés d'affrontement. Le drainage permet le lever.

M. Reynès a appliqué le lever précoce avec plein succès, guérison rapide et bonnes parois, dans 16 cas, notamment à la suite de gastrotomie, pyloroplastie, hystérectomie, appendicectomie, cure radicale de hernie. Dans un cas de kyste de l'ovaire simple et dans un cas de kyste de l'ovaire à pédicule tordu, l'auteur fit même lever les opérées dès le lendemain. Plusieurs de ces cas remontent à octobre dernier : aucun ne donna le moindre ennui.

Sur un cas de mélanidrose. — M. ***Blanchard*** a présenté à l'Académie, en 1907, un enfant atteint de mélanidrose de la paupière inférieure. Cet enfant, suivi depuis, a guéri au moment de la puberté.

Depuis, M. Blanchard a eu l'occasion d'observer deux cas du même genre, l'un chez un médecin colonial, l'autre chez une jeune femme qui, de ce fait, semblait maladroitement maquillée.

Sur un cas curieux de pseudo-parasitisme. — MM. ***Blanchard*** et ***Savignac***.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai 1910.

Vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire. — M. ***Hirtz*** propose de donner ce nom à des crachats expulsés isolément à des intervalles variables et dont les signes objectifs ressemblent en tous points aux crachats de la tuberculose pulmonaire cavitaire. Mais ils ne contiennent pas de bacilles de Koch. L'examen radioscopique permet de constater ordinairement dans ces cas la présence d'une petite collection purulente siégeant aux bases ou dans les scissures (pleurésie, kyste hydatique suppuré). L'intervention chirurgicale ne paraît pas nécessaire pour obtenir la guérison.

Pleurésie séro-fibrineuse du sommet. — Au nom de MM. ***Gouget*** et ***Wiel***, et au sien, M. ***Agasse-Lafont*** rapporte l'observation d'un cas de pleurésie séro-fibrineuse localisée au sommet droit et en avant, survenu chez un homme de 32 ans. Le diagnostic fut confirmé par la clinique, la radiographie et la ponction exploratrice. Il n'existait aucun épanchement dans les parties moyennes et inférieures de la plèvre. Cette affection, rare, doit être reconnue, et il importe d'en faire le diagnostic pour ne pas la confondre avec une infiltration tuberculeuse.

Diagnostic des manifestations blennorrhagiques tardives par la méthode de fixation. — Dans un certain nombre de cas de rhumatisme chronique, d'arthrites blennorragiques, de salpingite, MM. ***Foix*** et ***Salin*** ont employé la méthode de la réaction de fixation, ils apportent le résultat de leurs recherches. Réaction positive 11 fois sur 12 cas d'uréthrite blennorragique, 6 fois sur 6 cas de salpingite de nature probablement gonococcique, 8 fois sur 8 cas de monoarthrites gonococciques. Dans le rhumatisme blennorragique franc, les auteurs ont obtenu 7 réactions positives (1 cas douteux); les réactions ont toujours été négatives dans les cas de tuberculose avérée, d'arthrites syphilitiques, de rhumatisme se formant chronique.

Infarctus. Anévrysmes et rupture du cœur. — MM. ***Ameuille*** et ***Roussy*** présentent un certain nombre de pièces d'infarctus du myocarde et d'anévrismes avec ou sans ruptures.

L'infarctus du myocarde chez le vieillard doit être regardé comme fréquent. La méthode des coupes transversales du cœur, étagées de la base à la pointe, permet de les constater facilement. 1 fois sur cent autopsies de sujets âgés, les auteurs ont trouvé la rupture du cœur : cette affection est donc d'une fréquence plus grande qu'on ne l'admet généralement. Elle se traduit par la mort foudroyante — tandis que la mort ne survient que progressivement dans les cas de plaies du cœur, celles-ci étant oblitérées en partie par les contractions du myocarde. Au contraire, dans les ruptures spontanées, qui se produisent dans un tissu nécrosé, les contractions du muscle chassent vers le point rompu le sang ventriculaire, et en favorisent l'issue.

Deux cas de lésion d'infarctus ou d'anévrismes se sont manifestés par des signes d'asystolie analogues au syndrome asystolique attribué à la myocardite chronique. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mai 1910.

Traitement des nævi de la face par l'air chaud. — M. ***Broca***. — M. Ricard vous a présenté, à la dernière séance, 3 cas de nævi traités et guéris par l'air chaud. J'ajouterai à ce propos que l'air chaud peut donner de bons résultats non seulement en cas d'angiomes superficiels, mais même dans les angiomes saillants, formant véritablement tumeur. Les applications d'air chaud doivent être répétées et il faut gratter chaque fois les escarres sèches laissées par l'application précédente.

M. ***Quénu***. — J'avoue ne pas voir nettement quels sont les avantages de cette méthode de traitement sur l'électrolyse qui en deux séances est parfois capable de guérir l'angiome.

L'urétro-plastie par transplant veineux. — M. ***Poncet***. — Mes élèves Patel et Leriche ont traité 2 cas de rétrécissement grave de l'urètre, l'un d'origine blennorrhagique, l'autre d'origine traumatique, par la méthode de Tanton. Dans les deux cas la méthode a échoué. Le transplant veineux, qui était un fragment de saphène, a été partiellement éliminé et le rétrécissement n'a pas tardé à se reproduire, si bien que maintenant on est encore obligé d'en revenir à la dilatation progressive. Il semble vraiment qu'il y ait peu d'espoir à fonder sur ces diverses méthodes de greffes à distance, quelques séduisants que puissent être les résultats expérimentaux obtenus sur l'animal. Je suis de plus convaincu que la seule greffe qui puisse donner des résultats sérieux, c'est la greffe par approche, la greffe à l'italienne d'un lambeau pédiculé.

Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. — M. ***Rochard*** présente un rapport sur une observation de M. Duval (marine) ayant trait à un soldat qui s'était tiré 3 balles de revolver dans la tête. L'un des projectiles, d'après ce que montra la radiographie, avait traversé le cerveau de part en part. Le blessé était dans le coma et présentait une hémiplégie gauche complète.

M. Duval ne crut pas devoir aller à la recherche du projectile et se contenta de trépaner largement au niveau de l'orifice d'entrée, de faire un nettoyage soigneux de toute la région et de drainer à l'aide d'une mèche.

Dès le lendemain de l'opération, la paralysie disparut ; la mèche fut enlevée quelques jours après et au bout d'un mois la guérison complète était acquise. Le blessé n'est nullement gêné par la balle qui est restée dans le cerveau.

La conduite de M. Duval est jugée fort sage par M. Rochard, et aussi, si l'on en juge d'après la discussion qui s'est engagée à ce propos, par le plus grand nombre des membres de la Société de chirurgie, qui semblent d'avis de ne pas aller d'emblée à la recherche du projectile, de ne pas chercher à l'extraire et de se contenter d'un nettoyage complet et d'un bon drainage du point d'entrée.

On n'ira à la recherche du projectile que secondairement si sa présence entraîne des troubles sérieux.

M. *Delbet* fait remarquer à ce propos que la radiographie, même parfaitement claire, ne rend pas l'extraction du projectile plus facile. Celui-ci peut, par suite de diverses circonstances, s'être plus ou moins dévié de sa direction initiale. La radiographie le montre en un point qui ne correspond souvent pas du tout à la direction du trajet de pénétration.

Il faudrait alors, pour l'enlever, se créer une nouvelle voie d'accès et il en pourrait résulter de nouvelles lésions de la substance cérébrale.

Présentation de malades. — M. *Chaput* présente un malade qu'il a opéré de fracture de la rotule par un nouveau procédé qu'il a imaginé. A l'aide de ponctions étroites au bistouri il fait passer des fils en U dans les couches ligamenteuses prérotuliennes. Une autre plaie étroite au niveau de l'aileron de chaque côté permet d'y placer un point isolé

Le malade a guéri rapidement. Au 12e jour il détachait le talon du lit ; au 20e jour il marchait.

Ce procédé supprime l'incision, évite l'épanchement intra-articulaire par suintement, permet d'opérer à l'anesthésie locale et donnerait un maximum de chances de guérison avec un minimum de danger de complications.

M. *Ricard* présente un malade auquel il a fait une résection de la hanche pour luxation ancienne irréductible, il y a de cela plusieurs années. La hanche est maintenant très solide et le malade marche très bien.

M. *Sébileau* présente une malade à laquelle il a réparé le voile du palais divisé congénitalement, sans avoir fait les habituelles incisions libératrices latérales. Il a simplement sectionné les muscles pharyngostaphylins. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 19 mai 1910

Paranoïa et hallucinations. (Discussion Blondel, Vallon-Blondel). — M. *Gilbert-Ballet* est d'avis que les hallucinations des paranoïaques ne diffèrent pas des hallucinations des paranoïdes. De même, on ne peut s'appuyer sur l'existence des hallucinations pour porter un pronostic démentiel, car il est des délires hallucinatoires chroniques qui ne vont jamais à la démence, tandis que d'autres présentant des hallucinations de même nature s'accompagnent rapidement de démence.

M. *Blondel* répond que dans ce travail préliminaire, il s'est attaché à montrer l'insuffisance du vocabulaire qui aboutit à désigner sous le nom d'hallucinations des symptômes différents.

M. *Gilbert-Ballet* demande à M. Blondel de différencier les hallucinations des paranoïaques de celles des paranoïdes ; les hallucinations aussi d'un délirant chronique halluciné et non affaibli intellectuellement, des hallucinations aussi d'un délirant chronique halluciné et non affaibli intellectuellement, des hallucinations d'un autre délirant chronique halluciné et non affaibli.

- M. *Vallon* demande à M. Blondel de compléter cette étude des hallucinés déments et non déments par celle des débiles hallucinés.

M. *Dupré* demande d'abord que l'on précise le sens des mots. Suivant la conception même de Kræpelin, la paranoïa est une psychose délirante chronique sans hallucinations ni démence ou avec des hallucinations rares et épisodiques. Le mot de paranoïde signifiant une analogie avec la paranoïa et caractérisant des états qui précisément en diffèrent totalement par la constance des hallucinations et de la démence, devrait être banni. Il serait utile de s'entendre définitivement sur cette question de terminologie. En ce qui concerne la thèse que soutient M. Blondel, celui-ci semble affirmer qu'il n'existe pas de psychose hallucinatoire chronique sans affaiblissement intellectuel. M. Dupré est d'un avis opposé.

M. *Gilbert-Ballet* ajoute qu'il est des hallucinés chroniques qui, de même que les paranoïaques, sont capables d'une grande activité et chez lesquels le déficit intellectuel n'apparaît pas. Il en sera présenté en fin de séance.

Psychose aiguë à forme maniaque dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique. — MM. *E Mosny et L. Barat.* — La malade G..., syphilitique, depuis un an et demi, et débile, a présenté une psychose aiguë à début brusque. Deux périodes d'excitation séparées par une période de dépression ont abouti à une phase dépressive d'assez longue durée. Aucun symptôme physique.

Mais au cours de cette maladie qui rappelle la psychose maniaque, dépressive, on a constaté des symptômes habituellement étrangers à cette psychose : hallucinations, délire onirique, confusion mentale avec désorientation et amnésie consécutive.

D'autre part, 3 ponctions lombaires ont montré une lymphocytose très intense au début, qui a diminué énormément en deux semaines, et tout à fait disparue au moment où la malade redevenait à peu près normale. La psychose aurait donc été, chez une débile prédisposée aux troubles psychiques, l'unique manifestation d'une méningite syphilitique.

M. *Gilbert-Ballet* rappelle un cas présenté par lui et où le problème se posait de la même façon entre la psychose périodique et des phénomènes d'excitation au début d'une paralysie générale. De tels cas sont assez fréquents où le diagnostic est difficile et souvent fait par l'évolution.

Confusion mentale suivie de démence au cours d'une méningite aiguë ayant duré trois mois et dix jours. Prédominance des lésions cérébrales au niveau des parois des ventricules latéraux. — MM. *L. Marchand et G. Petit.* — Un sujet, à l'âge de 28 ans, contracte la grippe et présente dans la suite de la céphalalgie, des périodes de dépression et d'excitation avec fièvre ; puis apparaissent les symptômes suivants : raideur de la nuque, strabisme gauche externe, signe de Kernig, embarras de la parole, inégalité pupillaire, hyperesthésie cutanée, troubles vaso-moteurs, constipation. L'examen du liquide céphalo-rachidien permet d'y constater des polynucléaires déformés et des mononucléaires, des méningocoques. Les troubles mentaux qui accompagnaient cet ensemble de symptômes revêtent d'abord les caractères de la confusion mentale, puis plus tard ceux d'un état démentiel profond.

Le malade meurt trois mois et dix jours après le début des accidents méningés. A l'autopsie on constate une hydrocéphalie interne.

Microscopiquement, la pie-mère est infiltrée de cellules embryonnaires et le cortex est atteint d'une légère encéphalite ; les fibres tangentielles sont très altérées ; au niveau des parois ventriculaires, on note une infiltration considérable des parois des vaisseaux sous-épendymaires et des exsudats organisés.

Les auteurs font remarquer que leur sujet, en l'espace de trois mois, est passé progressivement d'un état de confusion mentale à un état démentiel profond. Les troubles confusionnels du début relevaient probablement de la compression cérébrale, car immédiatement après les ponctions lombaires, ils s'atténuaient ; sous l'influence des lésions méningées et de l'encéphalite des lésions, des cellules pyramidales se sont accentuées et les fibres tangentielles ont été détruites.

C'est à cette période de la maladie que le sujet présentait la mentalité d'un dément. Cette démence consécutive à la méningite aiguë est à rapprocher des cas d'idiotie consécutifs aux méningites du jeune âge.

Psychose systématisée hallucinatoire chronique sans symptôme démentiel. — MM. *A. Barbé et R. Benon.* — (*Travail de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale*). — Deux malades, hallucinées de l'ouïe depuis plusieurs années, ayant également des troubles de la sensibilité générale, ne présentent aucun signe de démence. Elles ne sont nullement désorientées dans le temps et dans l'espace, n'ont ni indifférence émotionnelle, ni perte de l'affectivité psychique : la première proteste violemment contre son internement, la seconde l'accepte comme étant à l'asile à l'abri des poursuites de ses ennemis imaginaires.

Ces cas viennent à l'appui de la thèse soutenue autrefois que les délires chroniques hallucinatoires ne s'accompagnent pas forcément de démence concomitante ou consécutive. M. Séglas en a également rapporté un cas en octobre 1909, à la Société médico-psychologique. Aussi est-il difficile d'admettre que l'on puisse ranger ces malades dans la classe dite des déments paranoïdes. René Charpentier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROLOGIE ET RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du jeudi 19 mai. — Présidence de M. OUDIN

Suite de la discussion sur les écrans renforçateurs en radiographie. – ***M. Courtade*** a continué des recherches dont il a entretenu la société lors de la dernière séance. Il apporte divers clichés et estime toujours qu'on peut diminuer le temps de pose.

M. Oudin pense que les écrans, si bons soient-ils, enlèvent toujours un peu de netteté, les os qui donnent habituellement beaucoup de détails sur leur architecture intime permettent de le démontrer : un calcanéum, par exemple, est bien moins net avec écran que sans écran.

M. ***Mesnard*** dit que ce manque de netteté est aussi très manifeste pour les os secs.

M. ***Laquerrière*** pense que cela n'a précisément d'inconvénient que pour les régions qui donnent une image très nette (os secs, os recouverts de partie molle) tandis que pour les régions épaisses qui offrent toujours des radiographies un peu floues, la présence de l'écran ne rend pas l'épreuve moins nette. Il présente une radiographie de colonne lombaire obtenue le ventre du sujet étant sur la plaque, il estime que les vertèbres n'auraient pas été mieux dessinées sans écran.

MM. ***Delherm*** et ***Laquerrière*** présentent des radiographies de membres d'enfant obtenues en moins d'un cinquième de seconde et des radiographies d'adulte obtenues en environ 10 fois moins de temps qu'il n'en aurait fallu sans écran pour les mêmes conditions. Ils montrent que l'écran conserve le pouvoir d'émettre des rayons chimiques un certain temps après la radiographie, font voir des clichés obtenus simplement par contact avec un écran précédemment impressionné et estiment par conséquent qu'il y a intérêt à laver l'écran en contact avec la plaque un certain temps après la pose ; mais il faut alors prendre grand soin de réaliser une immobilité absolue de l'écran par rapport à la plaque. Le moindre deplacement peut en effet donner un flou très marqué par production d'une deuxième image.

Suite de la discussion sur la radiothérapie. — M. ***Oudin.*** — Chez une malade présentant un sarcome de la cuisse, à marche rapide, il a pratiqué durant une opération une *irradiation si intense* qu'il y a eu un peu de sphacèle des lambeaux, une cicatrisation ralentie et des douleurs très vives qui durant plusieurs jours obligèrent à recourir à la morphine. Or, actuellement la malade va bien et il n'y a pas encore de récidive au bout de quatre mois, alors qu'auparavant la récidive se produisait immédiatement.

M. ***Laquerrière*** **étudie le rôle de l'électricité dans les hémorrhagies suite de couches ou d'avortement.** — D'une façon générale, son emploi doit être rejeté quand il y a infection ou menace d'infection. Quand on soupçonne une rétention de débris, on peut l'utiliser comme moyen palliatif momentané en attendant que l'on soit prêt au curage.-- Dans tous les autres cas, l'électrothérapie forme un traitement excellent d'autant plus rapide qu'on est plus près du début; il est d'ailleurs utile d'employer divers courants suivant des indications que l'auteur étudie. En tout cas, on peut facilement, grâce à eux, provoquer de la vasoconstriction et la rétraction du muscle utérin.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 mai.

Sur l'emploi des pessaires. — M. ***Le Bec*** montre les conditions bien définies dans lesquelles le pessaire peut rendre des services et les accidents qui peuvent suivre son mauvais entretien ou son oubli.

Une cause particulière de névralgie pelvienne. — M. ***Reblaud*** fait un rapport sur une observation de M. Rigollot-Simonnot dans laquelle une femme, atteinte depuis plusieurs années de névralgie pelvienne sans substratum anatomique apparent et soumise sans résultat aux traitements les plus divers, fut trouvée porteur dans la concavité sacrée de petits noyaux ayant l'apparence et donnant la sensation de ganglions lymphatiques. Soumise à des séances régulières de massage, les noyaux disparurent en même temps que les névralgies. Ces noyaux siégeaient au niveau de ganglions normaux. S'agit-il d'adénites, reliquats d'une infection utérine antérieure, déterminant l'excitation des filets sympathiques du plexus sacré ?

Conditions dans lesquelles il convient d'envoyer les tuberculoses chirurgicales à la campagne, à la montagne, à la mer. — M. ***Paul Delbet*** conclut la discussion engagée sur ce sujet.

Un point de technique de l'appendicectomie. — M. ***Rousseau.*** — Dans les deux tiers supérieurs de la paroi abdominale, au niveau du bord externe des droits, les aponévroses des obliques et du transverse se séparent, en deux nappes qui forment leur gaine ; dans les deux tiers inférieurs, elles passent en avant. Dans l'incision de Max Schuller pour appendicite, on est à cheval sur les deux régions ; dans le haut de l'incision on a un feuillet postérieur tendu et résistant, en bas il bombe et le péritoine sera plus facile à ouvrir, de plus on tombera là plus directement sur l'appendice.

Appendicite et annexite. — M. ***Pereire*** présente une pièce d'annexite droite, avec épiploïte et appendicite. Il semble que ce soit l'appendicite qui débuta. Une petite fistule stercorale consécutive guérit par l'emploi *de pâte de Beck.*

M. LANEL.

ANALYSES

Syphilis et folie. Etude du sang et du liquide céphalo-spinal, par J. ROSANOFF et WISEMANN.

Les auteurs ont employé la réaction de Wassermann puis la réaction de l'acide butyrique récemment conseillé par Noguchi. Les résultats ont été contrôlés par l'examen cytologique du liquide cérébro-spinal.

§ 1. *Méthodes d'examen.* — La technique originale de Wassermann a donné entre les mains de différents chercheurs des résultats dissemblables, parfois presque contradictoires.

Plaut, examinant le sérum dans 159 cas de paralysie générale, trouve une réaction positive dans 100 % des cas. Edel obtient des résultats analogues dans 50 cas. Il aurait obtenu des résultats positifs dans 90 %, tandis que Marie, Levaditi et Yamamouchi n'obtiennent une réaction positive que dans 59 % de leurs cas. Des contradictions analogues, quoique plus légères, existent au point de vue du liquide céphalo-rachidien. Ces différences résultent d'une part de la complexité de la méthode, d'autre part du fait que la réaction n'est pas absolument spécifique. La lèpre, la trypanosomiase, la scarlatine, etc., donnent une réaction positive ; d'autre part le sérum normal détermine fréquemment un arrêt partiel de l'hémolyse. Si l'on procède de telle sorte que la proportion des réactifs rende la réaction très sensible, un grand nombre de sérums, provenant de sujets non syphilitiques, donneront un résultat positif; et si la réaction est rendue moins sensible, elle devient négative dans certains cas de syphilis atténuée.

Dans notre travail, nous avons adopté la technique suivante :

1° Au lieu de nous servir de la méthode originale de Wassermann, nous avons employé la modification de Noguchi. Le lecteur se rappellera que cette modification diffère de la méthode primitive par 3 particularités : en premier lieu un système hémolytique « anti-humain » est employé au lieu d'un système « anti-ovin (antisheep) et ainsi est éliminée l'erreur due à la présence fréquente d'un ambocepteur anti-ovin dans le sérum à examiner ; en second lieu on se sert comme antigène d'un fragment de tissu lipoïde insoluble dans l'acétone au lieu d'un extrait aqueux de foie ; en 3e lieu, l'antigène et l'ambocepteur hémolytique sont préparés sous forme de « papier à essai » ce qui donne des réactifs stables et facilement sensibilisés.

II. Une douzaine au moins d'échantillons sont examinés à la fois pour diminuer les causes d'erreur dues à la répétition des réactions.

III. Un groupe a été créé de *résultats douteux* qui doit comprendre à la fois des cas positifs et négatifs fournis par les réactions incomplètes.

Résultats.

Les résultats sont rangés dans 3 tables, etc., etc.

D'un seul coup d'œil on voit que les résultats positifs obtenus par ces méthodes sont souvent relatifs à la paralysie générale. Des résultats négatifs ont été obtenus dans cette psychose mais jamais, pour un cas donné, par plus d'un procédé à la fois portant sur le liquide céphalo-rachidien.

D'autre part, les résultats négatifs obtenus par au moins deux méthodes (dans la proportion de 309 pour 333 cas) sont relatifs à des psychoses autres que la paralysie générale et la syphilis cérébrale.

La lymphocytose semble être presque constante et presque exclusivement rencontrée dans la paralysie générale. On doit se rappeler cependant que les tumeurs, les scléroses multiples, la méningite tuberculeuse et d'autres affections non syphilitiques du système nerveux central donnent de la lymphocytose; dans ces cas la réaction de Wassermann servira à faire la différenciation quand la clinique ne le permet pas.

L'absence de lymphocytose n'exclut pas la paralysie générale. La lymphocytose n'a été reconnue quelque fois qu'à la seconde ponction lombaire. Il est probable que si on répétait les ponctions, le nombre des résultats négatifs se trouverait diminué.

La réaction de Wassermann paraît presque spécifique de la syphilis. Le sang l'a donnée dans 15,6 pour cent des cas en dehors de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale et le liquide céphalo-rachidien l'a donnée dans 9,3 pour cent des cas en comptant les résultats douteux. Mais il est à remarquer que les alcooliques et les malades atteints de psychoses diverses sont plus communément exposés à contracter la syphilis que les gens normaux ; mais cette explication ne nous suffit pas et nous sommes plutôt tentés de croire que la réaction n'est pas strictement spécifique de la syphilis.

La réaction butyrique de Noguchi nous a paru plus sensible et plus spécifique de la syphilis bien qu'elle ne soit pas non plus tout à fait spécifique.

Le diagnostic de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale quand il ne peut pas être fait cliniquement ne sera pas fait par ces méthodes d investigation. Un bon moyen sera l'emploi du traitement d'épreuve ; un de nos malades chez qui on avait porté le diagnostic de paralysie générale fut soumis à des injections intra-veineuses de salicylate de mercure (dans le but d'observer les modifications de la réaction de Wassermann), il fut guéri en 8 séances, ce qui témoigna que le diagnostic primitif était erroné et que l'homme était bien atteint de syphilis cérébrale.

Le tableau n° 3 montre d'une manière frappante l'absence de correspondance entre les résultats des réactions et l'histoire des antécédents syphilitiques. Il apparaît que des antécédents affirmatifs sont d'une plus grande valeur qu'une histoire négative, mais il faut remarquer que même dans le cas où l'histoire permettrait d'affirmer la syphilis, il y a encore des causes d'erreur.

L'étude de nos cas montre qu'en dehors de la paralysie générale, les réactions positives furent obtenues principalement dans les observations d'infection *récente* ou dans celles qui n'indiquaient pas du tout de syphilis, tandis que dans de nombreux cas d'artério-sclérose cérébrale, de psychoses d'involution, etc., on obtenait des réactions négatives malgré des antécédents de syphilis ancienne.

Vous pourrez affirmer que la réaction de Wassermann et la réaction de l'acide butyrique n'existent que dans les cas où l'infection syphilitique est en activité ou tout au moins, qu'on nous permette cette expression, en activité potentielle (potentially active form). De telle sorte que des états comme l'athérome cérébral, l'apoplexie cérébrale ou le ramollissement, même lorsqu'ils dépendent de l'infection syphilitique, doivent être regardés comme de simples séquelles.

Inversement, nous considérons que la paralysie générale, où les réactions sont positives, doit être considérée comme une manifestation de la syphilis en activité. Mais ceci ne pourra être affirmé que par la découverte du spirochète dans les tissus. Jusque-là nous serons obligés d'employer le terme d'affection parasyphilitique.

Conclusions. — 1° L'absence constante de lymphocytose, de réaction de Wassermann et de la réaction de l'acide butyrique dans des psychoses s'accompagnant d'artériosclérose d'origine syphilitique, indique que ces troubles doivent être considérés comme des séquelles de la syphilis et que le processus syphilitique lui-même est déjà éteint ;

2° Dans la paralysie générale on trouve invariablement soit la réaction de Wassermann, soit la réaction de Noguchi et plus fréquemment les deux réunies ; ceci rend encore plus certain que la paralysie générale dépend de l'infection syphilitique ;

3° Etant donné que la réaction de Wasserman et la réaction de l'acide butyrique indiquent une activité de l'infection syphilitique, leur constance dans la paralysie générale tend à prouver que cette maladie est une manifestation de l'activité du spirochète. Bien que la certitude ne puisse être donnée à cet égard, cette conception est suffisante pour justifier des essais thérapeutiques ;

4° L'examen cytologique du liquide cérébro-spinal, aidé de la réaction de Wassermann et de la réaction de Noguchi, permet d'établir avec certitude le diagnostic de la paralysie générale ou son exclusion. G. L.

Revue critique de quelques recherches récentes sur la circulation cérébrale; par H. Duret.

M. H. D. rappelle brièvement l'historique de la question. Les renseignements que nous possédons sur la circulation cérébrale sont de date assez récente. L'on sait que les recherches principales de l'auteur ont eu lieu en 1873. Il se propose aujourd'hui de traiter la distribution et délimitation des territoires artériels des hémisphères ; l'existence et le siège des relations anastomotiques ; d'exposer enfin ses nouvelles recherches sur la vascularisasion des noyaux opto-striés.

M. H. D. confirme l'opinion devenue classique au sujet de la distribution des artères cérébrales antérieures. Quant aux artères sylviennes, il leur attribue la distribution suivante : 1° artère de la 3e circonvolution ; 2° artère frontale ; 3° artère pariétale ascendante ; 4° artère du gyrus supra-marginal et du pli courbe ; 5° artères temporales.

Il existe, en général plusieurs artères qui se rendent soit à la région supra-orbitaire soit à la troisième frontale. L'artère de F^3, naît parfois isolément du tronc de la sylvienne et constitue sa première collatérale supérieure, parfois elle est représentée par plusieurs branches, dont l'une est directe et dont l'autre naît de la frontale ascendante, soit d'un tronc commun à la frontale ascendante et à la pariétale ascendante.

Elle naît presque perpendiculairement sur le tronc de la sylvienne ; le plus souvent, elle présente une récurrence marquée ; en somme *l'irrigation du pied de la troisième circonvolution frontale est des plus défectueuses.*

Nous ne trouvons rien de particulier à noter dans la distribution de l'artère frontale ascendante.

Il existe parfois deux pariétales ascendantes, la seconde servant le lobule pariétal inférieur ; mais le plus souvent celui-ci est nourri par une branche qui se détache de l'artère du gyrus supra-marginal.

L'artère du gyrus supra-marginal et du pli courbe est ordinairement assez forte et continue le tronc principal de la sylvienne.

Sur le pli courbe et son lobule, on peut rencontrer des ramuscules artériels d'origine différente, les uns provenant du tronc de bifurcation supérieure de la sylvienne, les autres de la bifurcation inférieure.

Rien de remarquable pour les artères temporales, ni pour celles de l'insula.

Assez souvent une petite artériole, sous l'insula, va se distribuer, d'après Moutier, à la région de l'isthme de Pierre Marie (entre le processus sylvien et la corne occipitale). C'est cette petite artériole inconstante qui jouerait un grand rôle dans l'aphasie de Wernicke.

Il n'est pas utile d'insister sur les artères cérébrales postérieures.

Comme Testut et J.-E. Looten, M. Duret admet des anastomoses artérielles aux limites des territoires.

Le *réseau de la pie-mère.* — Dans son mémoire de 1873-1874, l'auteur mettait en doute l'existence de ce réseau.

Heubner admet deux réseaux anastomotiques ; Lucas, Biscon sont d'un avis analogue.

D'après l'auteur, on a pris pour des anastomoses de simples arborisations. Ce système des arborisations se trouve dans tous les organes dont la physiologie est très active. « Elles « sont tellement nombreuses qu'elles se recouvrent les unes les « autres et constituent ainsi une mince feutrage que l'on prend « pour un fin réseau anastomotique. »

Les communications établies par les anastomoses artérielles paraissent insuffisantes pour rétablir rapidement la circulation dans toute l'étendue du territoire intéressé.

Artères des corps opto-striés. — Il existe des variations très importantes dans la distribution de ces artères. Souvent une plus grande part doit être donnée à la branche de la cérébrale antérieure, ou artère de Heubner. (*Encéphale*, 10 janvier 1910.)

G. L.

Des réactions locales produites chez les femelles pleines par l'injection de différents tissus ; par Schenk. (*Munch. med. Wochenschrift*, 26 avril 1910, n° 17, p. 903.)

Schenk a repris une série d'expériences fort intéressantes de Dungern et Hirschfeld sur les réactions locales que l'on observe chez les femelles pleines après l'injection sous-cutanée de différents tissus. Ces auteurs, en effet, ont remarqué que l'injection de suc testiculaire — extrait de testicules de lapins ou de taureaux — faites à des lapines pleines provoque chez celles-ci une réaction locale d'une intensité particulière.

Schenk a donc broyé une petite quantité (0 gr. 5) de différents organes : testicule de taureau et de lapin, ovaire de lapine, foie de lapin. Ce broyage des organes a toujours été pratiqué très peu de temps après l'extirpation : 10 minutes environ. Puis il a injecté ce suc d'organes dans le tissu cellulaire de lapins mâles, de lapines non gravides et de lapines pleines. A l'injection de suc testiculaire les lapines pleines réagissent beaucoup plus fortement qu'à l'injection des autres sucs : l'oreille injectée se gonfle, rougit et est douloureuse au toucher, l'animal la laisse pendre au lieu de la tenir relevée. Les animaux mâles ou les femelles non gravides présentent une réaction très atténuée. Cette réaction est rendue chez les femelles pleines encore plus intense, si l'on injecte en même temps un sérum hétérogène : sérum de cheval par exemple. Cette addition ne modifie pas les réactions chez les animaux témoins.

On pourrait penser à appliquer à l'homme ces expériences en essayant d'en tirer une méthode de diagnostic. Les résultats des recherches faites dans cette direction ne sont malheureusement pas très encourageants.

R. D.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des réactions de l'hypophyse à la suite d'ablations glandulaires ; par A. Perrier, Thèse de Doctorat. (Paulin, éditeur, Paris, 1909.)

La littérature médicale est, à l'heure actuelle, riche de faits montrant que des rapports étroits existent entre les différentes glandes ; néanmoins il faut bien se garder de vouloir tirer de tous ces documents des conclusions précises. On doit se contenter d'enregistrer les données de l'observation et de l'expérimentation ; il n'est pas encore possible de faire une sélection parmi les hypothèses proposées. Aussi l'auteur se borne-t-il à l'exposition de ses résultats expérimenteux à propos de l'hypophyse. L'extirpation d'une quelconque des glandes à sécrétion externe amène toujours des modifications dans la structure de l'hypophyse, dont la plus constante est l'augmentation des cellules éosinophiles, indice d'une hyperactivité fonctionnelle de la glande.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hémophilie ; par G. Boyé. Thèse de Doctorat. (Rousset, édit., Paris. 1909.)

L'hémophilie a pour substratum anatomique une lésion sanguine (sédimentation du caillot, retard de la coagulation, etc.). Elle peut s'obtenir expérimentalement par des injections d'extraits de têtes de sangsues ou de peptone de Wite. Cliniquement, il semble que les sécrétions des glandes vasculaires sanguines aient une influence marquée dans la production de l'hémophilie. Parmi ces glandes, il faut citer en première ligne le foie, le rein, le testicule et l'ovaire.

Diabète et goitre exophtalmique ; par A. Leclercq. (O. Doin édit. Paris, 1910).

L'auteur s'efforce de démontrer par des arguments d'ordre clinique, anatomique et expérimental, que le diabète et le goitre exophtalmique dérivent d'un même processus humoral, dont le système nerveux est le déterminant essentiel.

Les dysenteries; par Ch. Dopter (O. Doin édit. Paris, 1910.)

Jadis le médecin pouvait se désintéresser, sans grand dommage pour ces malades, des questions de pathologie exotique. Il ne peut plus en être ainsi aujourd'hui, à cause des profondes transformations sociales. Le mouvement entre la métropole et ses colonies est de plus en plus grand ; et nombreux sont nos compatriotes qui reviennent des pays lointains avec le germe de maladies autrefois inconnues, mais maintenant très fréquentes. C'est pourquoi la lecture de l'ouvrage de Dopter, un de nos meilleurs spécialistes en la matière, s'impose à nous tous. On y verra que l'expression de dysenterie comprend non pas une, mais plusieurs maladies ; elle désigne un syndrome, le syndrome dysentérique, qui traduit un état inflammatoire du gros intestin, ressortissant à plusieurs causes étiologiques. C'est ainsi qu'on est arrivé au démembrement de cette affection ; c'est ainsi qu'on connaît la *dysenterie bacillaire*, observée dans les pays tempérés, et quelquefois aussi dans les zones chaudes, la *dysenterie amibienne* qui règne presque exclusivement dans les contrées tropicales ; les *dysenteries spirillaire* et *balantidienne*, puis les dysenteries de l'infection *bilharziene; paludéenne* du *kalazar*, de la *typanosomiase*. On trouvera dans le livre de Ch. Dopter les symptômes propres à chacune de ces formes, leur diagnostic bactériologique et enfin leur traitement respectif. Et la chose a son importance, car certaines de ces dysenteries ont une thérapeutique spéciale et active, telle que celle de la dysenterie bacillaire, découverte en grande partie par Vaillard et Dopter.

Le rhumatisme tuberculeux; par Poncet et Leriche. (O. Doin, édit. Paris 1910.)

Nié tout d'abord, puis combattu et discuté, le rhumatisme tuberculeux a dorénavant droit de cité, grâce à la persévérance et à la ténacité de son parrain, le professeur Poncet. L'ouvrage dont nous recommandons la lecture expose toutes les pièces du procès, puis se termine par un index bibliographique très complet.

Les maladies du foie et leur traitement ; par les Dr[s] Garnier, Lereboullet, Herscher, Lippmann, Chiray, Ribot, Jomier, Weil, Carnot. (Baillière, éd., Paris, 1910.)

La multiplicité des auteurs de cet ouvrage demande une explication. Le professeur Gilbert présida l'an dernier, dans son service de l'hôpital Broussais, à une série de leçons de ses anciens élèves sur le sujet qui lui tient le plus au cœur, la pathologie du foie. Chaque auteur traita la partie pour laquelle il se sentait le plus spécialisé. C'est ainsi que la cholémie, la cholémimétrie et l'ictère, la cholurie, l'urobilinurie et la stercobilinie ont été dévolues à Herscher ; la cholémie familiale, les ictères chroniques, la cirrhose biliaire et la splénomégalie méta-ictérique à Lereboullet ; le syndrome d'hypertension portale à Villaret ; les suppurations biliaires et hépatiques à Lippmann ; les cirrhoses hépatiques et les périhépatites à M. Garnier ; les lésions cellulaires à Jomier, les connexions pathologiques du foie et du pancréas à Carnot, celles du foie et de la rate à Weil, etc. C'est dire tout l'intérêt qui s'attache à la lecture de cet ouvrage. La pathologie du foie s'est tellement modifiée depuis quelques années qu'il est nécessaire que de temps à autre paraisse un travail d'ensemble sur les dernières acquisitions.

L'hérédité normale et pathologique ; par Ch. Debierre. (Masson édit., Paris 1910.)

Que n'a-t-on pas écrit sur l'hérédité ! Nul autre sujet n'a tenté

davantage les moralistes et les philosophes. Mais grâce aux progrès de la physiologie et de l'anatomie, grâce aussi aux multiples documents amassés jusqu'ici, la notion de l'hérédité tend à se concréter de plus en plus. Si les déterminants ultimes de l'hérédité nous échappent encore, en revanche nous en comprenons mieux le développement. Enfin, nous commençons à mieux connaître, à côté de l'hérédité normale et physiologique, l'hérédité pathologique, dont les conséquences sur l'évolution de la race sont au moins aussi importantes. Ce sont toutes ces considérations, et bien d'autres encore, que développe Debierre avec son talent habituel d'observateur et de philosophe.

Le traitement mercuriel de la syphilis (*Consultations médicales françaises*, fascicule XVI) par le Dr Nicolas, professeur de clinique des maladies cutanées et vénériennes à l'Université de Lyon, médecin de l'Antiquaille. In-16 de 20 pages. (A. Poinat, éditeur, 11, rue Dupuytren, Paris.) Prix : 0 fr. 50 franco : abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs.

Thyroïdectomie partielle dans la démence précoce catatonique ; par Kanavel et Pollock.— Historique de la question et allusion à un travail plus ancien des mêmes auteurs sur cette question :

Nos deux cas de démence précoce catatonique de courte durée qui auraient donné des résultats favorables, montrèrent un résultat nul dans un cas et une amélioration temporaire dans l'autre cas. Le 3e malade, qui paraissait guéri, a maintenant disparu.

Nos cas plus anciens ne donnent aucun résultat et l'examen de la glande dans ceux-ci comme dans d'autres ne montre rien en faveur d'une relation étiologique.

D'autre part Berkeley possède actuellement 8 cas qui semblent guéris, mais bien que l'opération soit plus conservatrice, il ne la conseille que dans des cas bien déterminés.

Nos conclusions personnelles sont que l'opération n'est pas justifiée dans la majorité des cas et cependant qu'elle peut être mise en œuvre quand la glande thyroïde montre une transformation. Mais ici même on ne peut rien espérer de définitif et plus tard il se peut qu'avant longtemps on délaisse cette espérance thérapeutique.

L'ablation avait porté sur les 7/8e de la glande suivant les observations. G. D.

Le rendement de la machine humaine ; par Jules Amar, docteur ès-sciences. (1 brochure chez Baillière et fils, 1910.)

Dans ce travail l'auteur mesure la force humaine au point de vue mécanique, et, corollairement, au point de vue social. Pour l'auteur il y a confusion quand on dit que la volonté influe sur le rendement. Les excitations ne réduisent pas la dépense, au contraire, elles mènent à la misère physiologique qu'il faut éviter par une ration alimentaire suffisante.

Les maladies du duodénum et leur traitement, par le Dr René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (Hôtel-Dieu). Préface de M. le Professeur Dieulafoy. 1 vol. in-8 de 204 pages avec 60 figures : **5** fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Comme le dit le prof. Dieulafoy dans la préface : Anatomiquement et physiologiquement, le duodénum mérite d'être nettement différencié du reste de l'intestin grêle ; son rôle lui assigne une place spéciale dans le tractus intestinal, il est donc naturel que les maladies et les médications qui concernent le duodénum aient, elles aussi, leur part d'autonomie.

M. R. Gaultier expose la question dans son ensemble, en publiant un intéressant volume sur les maladies du duodénum et leur traitement.

Les deux premiers chapitres de cet ouvrage sont consacrés à l'anatomie et à la physiologie du duodénum.

Le chapitre III traite de l'exploration externe et de l'exploration fonctionnelle de l'organe ; c'est une étude de coprologie clinique sur laquelle l'auteur a déjà publié un remarquable traité.

Les chapitres IV, V et VI sont consacrés aux anomalies de développement, aux affections traumatiques et aux corps étrangers.

L'ankylostomiase duodénale est décrite en détail dans le VIIe chapitre.

Au chapitre VIII, appartient la description des duodénites : exsudatives, suppuratives, prolifératives et ulcéreuses.

Dans le chapitre IX l'ulcère simple du duodénum est étudié avec tous les développements que comporte cette question de premier ordre.

Le chapitre X nous donne une étude complète du cancer de l'ampoule de Vater. L'occlusion du duodénum forme le chapitre XI.

Le chapitre XII, consacré aux dyspepsies ou dystrypsies, est un des chapitres les plus importants de l'ouvrage ; on y trouve longuement exposées les recherches personnelles et originales de l'auteur.

Ce rapide aperçu donne une idée des travaux qui sont contenus dans ce volume. La description en est claire et méthodique, la bibliographie en est choisie, les figures sont très nombreuses et soignées. Après avoir lu cet ouvrage, dans lequel tout gravite autour de la clinique, on reste convaincu qu'il vient à point pour combler une lacune dans la description des maladies des organes digestifs.

Les maladies du cuir chevelu. III. Les maladies cryptogamiques : Les Teignes ; par le Dr R. Sabouraud, directeur du laboratoire municipal de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis, 1 volume gr. in-8, de VIII-855 pages avec 433 figures dans le texte et 28 planches hors-texte (Masson et Cie, éditeurs)....30 fr.

Les Maladies cryptogamiques de l'épiderme, les Teignes, dont M. Sabouraud nous présente aujourd'hui l'histoire, sont le sujet du troisième volume de son *Traité des maladies du cuir chevelu*, commencé en 1902 par les *Maladies séborrhéiques* et continué en 1904 par les *Maladies desquamatives*. Les teignes forment le groupe le plus homogène de toutes les maladies de la peau et celui qui a le mieux bénéficié des méthodes expérimentales. On croyait connaître *les Teignes* en 1890 : on n'en connaissait presque rien, et ce livre le démontre, car il n'y a presque rien de commun avec celui qu'on eût écrit sur le sujet, il y a 20 ans.

Tous les parasites actuellement connus et qui font les diverses teignes y sont étudiés cliniquement chez l'homme, chez l'animal par l'examen microscopique, la culture, l'inoculation : pour tous, l'examen mycologique a été pratiqué systématiquement. Ce livre de 850 pages résume, avec tout ce qui a été écrit sur le sujet (il comprend plus de 1000 analyses bibliographiques), les études personnelles que l'auteur poursuit sur ces parasites depuis 18 ans. C'est la mise au point la plus complète qui ait jamais été faite, non seulement de ce sujet, mais d'aucun sujet dermatologique. Il comprend 433 figures originales et 26 planches hors texte.

Ce livre marque une date dans l'étude de la parasitologie dermatologique, et nul travail ne pourra être fait désormais sur ce sujet sans qu'on l'ait d'abord consulté.

L'ouvrage se termine par l'exposé complet du traitement des teignes par le rayons X, qui partout à l'étranger porte le nom de Sabouraud, et qui a périmé désormais toutes les anciennes méthodes thérapeutiques, car il a réduit à moins de trois mois la durée d'un traitement qui par les moyens thérapeutiques d'autrefois excédait souvent deux années. G. M.

Pharmacologie expérimentale (*Die experimentelle Pharmakologie*); par les Drs H. Meyer et Gottlieb. (1 vol. chez Urbam et Schwarzenberg, Berlin et Vienne, 1910.)

Ainsi que l'explique la préface, la pharmacologie expérimentale signifie, dans son expression la plus large, les diverses réactions des organismes vivants à l'égard des agents chimiques. La pharmacologie est une partie de la biologie, et elle vise, dans le présent livre, les terminaisons des nerfs moteurs et des centres nerveux, des nerfs sensitifs, du système végétatif, par rapport à divers médicaments. Les auteurs s'occupent aussi, dans le même sens biologique, de la pharmacologie de l'œil, de la digestion, des mouvements utérins, de la circulation, des organes respiratoires, des reins, du sang, des muscles, etc.

On voit que le domaine embrassé est vaste. On trouvera à l'appui du texte 61 illustrations et un tableau en couleur. On ne saurait trop féliciter les auteurs qui sont tous deux professeurs de pharmacologie, et recommander leur ouvrage. C..

Cinquième rapport annuel de l'Institut Henry Phipps sur l'étude, le traitement et la prophylaxie de la tuberculose. Un fort volume de 460 pages. (Philadelphie 1909).

On peut lire dans ce volume de nombreux fait concernant la tuberculose dans ses rapports avec les différents organes.

Au début du livre, signalons un mémoire documenté sur la tuberculose au point de vue clinique et sociologique. Il y a là un essai de statistique original et intéressant.

Saint Bartholomew's Hospital Reports (1910) un volume in-8° de 270 et 202 pages avec figures. (A Londres chez Elder et Smith, C°).

Dans ce compte-rendu se trouvent d'amples renseignements sur l'activité de l'hôpital et d'excellentes statistiques. Il est extrêmement instructif de lire les travaux originaux qui s'appuient sur la meilleure clinique.

Guy's Hopital Reports, un volume de 580 pages. (Chez Churchill. A Londres, 1909).

Dans cet élégant volume figurent de nombreux mémoires sur des sujets variés. Il sont accompagnés d'illustrations et de graphiques.

Annales de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Palerme. sous la direction du Dr Rosalino Coletta, volume III. (Palerme 1909).

Parmi les travaux, signalons ceux du Dr Coletta sur les relations du nervosisme et de la civilisation, du Dr Prisco sur l'hérédité nerveuse, du Dr Rabboni sur l'action de la parathyroïdine dans l'épilepsie et l'hypertrophie thyroïdienne, et du Dr Gentilec sur les rapports du tabès et de la paralysie générale.

Aux stations minérales d'Allemagne et de Bohême; par le Dr G. BARDET. (1 vol. in-4, de 150 p., chez Doin, 1910.)

Ce sont les *impressions* d'*un voyage d'étude*, qui ont paru dans une feuille médicale et que l'auteur a bien fait de ré uni en un volume qui les pérennise en quelque sorte, tout en facilitant les recherches. Les médecins qui voyagent devraient imiter cet exemple, chacun pour la partie qui le concerne ou qui l'intéresse plus spécialement. Ces notes hydrologiques ne pouvaient être recueillies par une plume plus compétente, et elles seront certainement bien accueillies et utilisées par le praticien non pour qu'il envoie ses malades à l'étranger (c'est une erreur et une sottise), mais pour qu'il apprenne et retienne la manière de diriger les malades vers nos excellentes stations françaises.

C.

Vieillesse et longévité; par le Dr REISER. (Un volume in-16 de 320 pages, chez Maloine, Paris, 1910.)

Ce livre est divisé en 3 parties. La première étudie la vieillesse et la mort, leurs causes primaires et secondaires. La deuxième s'occupe de l'anatomie et de la physiologie de la vieillesse ; la troisième, la plus importante, expose les notions d'hygiène et de thérapeutique permettant de prolonger la vie. Dans ce volume on trouvera quelques pages où les problèmes biologiques sont traités avec une profonde philosophie. Ce n'est pas seulement un livre de vulgarisation, c'est l'œuvre d'un penseur et d'un érudit. P.-B.

La fonction du sommeil; par le Dr SALMON (de Florence). (Un volume in-8, chez Vigot, éditeur, Paris 1910.)

Le sommeil est une fonction de l'organisme non moins intéressante que les autres et cependant on l'étudie peu ou tout au moins incomplètement. C'est cependant une fonction dont on s'occupe journellement au point de vue biologique ou pathologique. M. Salmon s'est dit qu'un phénomène qui s'empare du tiers de notre existence méritait une étude approfondie. Il a donc écrit ce volume, où il passe en revue tout ce qui concerne la physiologie et le mécanisme de cette fonction, en y ajoutant sa conception personnelle sur l'origine du sommeil : L'hypophyse serait la cause du sommeil, résultant ainsi d'une sécrétion.

M. Salomon expose longuement sa conception et lui donne des bases solides que les physiologistes devront prendre en considération. G. P. B.

Ateliers de travaux publics et détenus militaires; par M. BOIGEY. Préface du Dr Lacassagne. (Un volume in-16 de 250 pages, chez Maloine, Paris, 1910.)

Dans ce livret M. Boigey trace une bonne et exacte monographie des ateliers de travaux publics. Il décrit la vie des détenus, recherche leurs antécédents, débrouille les causes de leur chute et donne les moyens d'y remédier. Ce volume est bourré de faits, d'anecdotes qui permettent de comprendre la vie de ces déshérités. M. Boigey fait partie de ce groupe de médecins militaires qui ont compris le rôle social qu'ils avaient à jouer. Son travail s'ajoute à quelques autres et on peut dire qu'il ne leur est pas inférieur. G. P.-B.

Les cris chez les nourrissons et la syphilis héréditaire; par le Dr D. SISTO. (Un volume in-8 de 187 pages, chez Doin, éditeur. Paris, 1910.)

Le docteur Sisto a été le premier à attirer l'attention sur un fait qui avait jusqu'ici échappé à l'observation des cliniciens : les cris obsédants des nourrissons. Ce volume développe donc les recherches de l'auteur à ce sujet. Nous y voyons que les crises résultent de douleurs localisées dans la région épiphysaire des os. Ces cris sont parfois l'unique symptôme de l'hérédo-syphilis et ils se distinguent par leur continuité, leur intensité et leur allure des autres plaintes des enfants en bas-âge. Ce qu'il est intéressant de savoir et confirme la nature de ce symptôme, c'est que le traitement mercuriel le fait disparaître.

A propos de ce symptôme, l'auteur a consacré des pages à des recherches fort intéressantes sur l'hérédo-syphilis : lésions anatomiques, troubles du sang, réaction de Wassermann, et l'auteur n'a omis aucune des acquisitions nouvelles de la syphilopathie. J'ajoute que de nombreuses figures et 11 planches en couleurs hors texte font de ce livre un traité fort complet et fort utile à consulter par tous les praticiens. Dr P.-B.

L'éducation sexuelle, par le Dr STÉNON. (Un volume in-16 de 191 pages. J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1910.)

Protestant contre l'hypocrisie qui évite de parler aux adolescents des dangers auxquels peut les pousser la sexualité, l'auteur de ce volume trace dans quelques chapitres ce que doit être l'éducation sexuelle. D'une façon concise et claire, il parle de la circoncision, de l'homosexualité, de la monosexualité et de la ménopause, des effets de la continence sexuelle, de l'impuissance et de la prophylaxie des maladies vénériennes. En dehors de la partie hygiénique, l'auteur n'a pas craint de faire des incursions dans le domaine anthropologique et biologique, qui ajoutent beaucoup d'intérêt à ce volume fort agréablement écrit.

P.-B.

Entéro-colite. Estomac et Système nerveux; par le docteur PRON, d'Alger. Paris 1910, 1 vol... in-18, 132 pages. Prix : 2 fr 50. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne.)

Dans ce travail, l'auteur montre, en s'appuyant sur de nombreuses observations, que l'entéro-colite, loin de constituer une entité à part comme le veulent la plupart des classiques, est simplement un symptôme venant compliquer une dyspepsie plus ou moins ancienne ou cachée. Cette dernière ne passe jamais inaperçue quand le malade est interrogé et examiné à fond.

La pratique montre, de même que pour guérir l'entéro-colite, c'est à l'estomac que doit s'adresser le traitement et au système nerveux, qui est fonctionnellement inséparable de l'estomac. La thérapeutique basée sur les ferments lactiques donne rarement de résultats.

L'auteur a apporté une note toute personnelle dans cette étude consciencieuse, qui témoigne d'une profonde connaissance clinique des affections du tube digestif.

Traité pratique d'électricité thérapeutique médicale. Electrothérapie, Radiothéraphie, Radiumthérapie, par J. Larat. (Vigot frères, éditeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-8° écu, cartonné, avec 194 figures, 3e édition : 10 fr.)

Cette nouvelle édition du traité pratique d'électricité de J. Larat est entièrement remaniée et mise au courant de la technique actuelle.

La partie physique a été condensée pour laisser plus de place à ce qui concerne les rayons X et le Radium.

L'électro-physiologie est traitée avec soin et fait une part judicieuse aux nouvelles données concernant l'ionisation, les rayons X, le radium, etc.

Le chapitre « Electro-diagnostic » est exposé d'une façon originale. Grâce à l'ingénieuse application pratique des procédés graphiques d'enregistrement de la contraction musculaire, imaginée par l'auteur, il nous donne des figures qui rendent saisissantes les modifications pathologiques de l'excitabilité chez l'homme ; ce qui présente un intérêt tout particulier dans l'électro-diagnostic des accidents du travail.

Dans l'électro clinique, M. Larat nous fait connaître les résultats de sa longue expérience et décrit les procédés qui lui sont personnels tels que l'ionisation hypodermique, les courants longtemps prolongés, etc.

Enfin, les résultats thérapeutiques acquis dans le domaine des divers rayonnements sont mis en lumière, tout en faisant les réserves nécessaires pour les procédés encore à l'étude et qui n'ont pas encore acquis droit de cité dans un livre destiné au praticien.

Le traité pratique d'électricité médicale de Larat constitue un livre d'expérience et de progrès.

Pathologie gastro-intestinale ; par le Dr Albert Mathieu (1 vol. in-4, de 348 pages, chez O. Doin et fils, 1910.)

Le savant et modeste clinicien de l'hôpital Saint-Antoine continue à faire école par la poursuite des cours, conférences et publications périodiques visant la pathologie du tube digestif.

Cette fois, nous avons la deuxième série, plus spécialement consacrée à *l'ulcère* et au *cancer de l'estomac* : anatomie pathologique, pathogénie, séméiologie, formes cliniques, complications, traitement. Des figures facilitent l'étude de ces questions que M. Albert Mathieu continue à fouiller avec méthode et clarté. C'est la digne suite de la *Pathologie gastro-intestinale*, 1re série, publiée l'an passé, en collaboration avec M. le Dr G.-C. Roux.

Formulaire des Médications nouvelles pour 1910, par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface de H. Huchard, de l'Académie de médecine, 5e édition, 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures, cartonné, 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Comme le dit M. Huchard dans la préface : La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en médications. Telle est l'idée que j'ai toujours suivie dans mes volumes de *Consultations médicales*.

Vivant à l'ombre des doctrines régnantes, comme elles les médications se fortifient, se transforment, se complètent incessamment, de sorte que le praticien a besoin d'avoir, non seulement dans sa bibliothèque, mais sur sa table de travail, toujours à portée de sa main, à côté d'un formulaire des médicaments nouveaux, un formulaire des médications nouvelles.

Rapidement et clairement, en 300 pages au plus, il fallait nous apprendre tout ce qu'il faut savoir au point de vue pratique sur les médications acides, anesthésiques, antifébriles, anti-infectieuses, anti-névralgiques et antirhumatismales, antisyphilitiques, et antituberculeuses, sur les médications colloïdales, déchlorurantes, hypotensives, toniques, sur les diverses opothérapies, la photothérapie, la sérothérapie, les sérums antidiphtérique, antipneumonique et antistreptococcique, antituberculeux avec les diverses tuberculines, les sérums artificiels, etc.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà ! Et je suis doublement heureux et fier de le présenter aux médecins. Il émane d'un membre de ma chère famille médicale, puisque l'auteur a été autrefois mon interne très distingué dans mon service d'hôpital. Il obéit à cette idée maîtresse qui a régi tous nos travaux, toutes nos actions, et que nous avons résumée dans cette phrase : « De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique. »

C'est là le seul secret du succès de toutes les œuvres qui s'inspirent de la même pensée, savent allier la brièveté à la clarté ; c'est le secret du succès considérable du frère aîné de ce livre, du *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon, arrivé à sa 22e édition ! Tel sera celui du docteur Gillet sur les médications nouvelles que j'ai l'honneur de présenter aux praticiens, et que tous les praticiens liront avec intérêt et profit pour eux, pour leurs malades.

L'hystérie et les hystériques, par le Dr Hartenberg, un volume in-16 de 284 pages. (Chez Félix Alcan, Paris, 1910.)

C'est une bonne fortune, au milieu de la confusion actuelle régnant sur l'hystérie, de pouvoir parcourir un livre plein de bon sens, d'esprit clinique, et rempli de jugement. L'auteur, loin de se perdre dans des considérations nuageuses et dans les théories, se base sur l'observation : il interprète ce qu'il voit et c'est évidemment cette méthode qui lui permet d'aboutir à des conclusions logiques.

La première partie du volume passe en revue les symptômes hystériques. Les réactions émotives, les accidents par autosuggestion, les troubles psychiques, les troubles nerveux et organiques, sont l'objet de chapitres différents.

Dans une deuxième partie l'auteur étudie la mentalité hystérique : il nous montre que si les hystériques n'ont le privilège ni de l'émotivité, ni de la suggestibilité, ni de la perversité, ils ont une aptitude à répéter artificiellement leurs réactions émotives. Chez ces sujets, les accidents autosuggestifs possèdent des qualités exceptionnelles d'intensité et d'achèvement. Et il en est ainsi puisque l'hystérique a une mentalité présentant une disposition particulière : l'excès d'imagination plastique, reproductrice et constructive.

En vertu de cette tendance hyperimaginative de la mentalité, l'hystérie n'est en réalité la maladie d'aucun symptôme : elle peut se surajouter à tous pour leur imposer son cachet personnel.

G. Paul-Boncour.

La Thérapeutique en 20 médicaments ; par MM. Huchard et Fiessinger. (1 vol. de 340 p. chez Maloine, 1910.)

C'est sans doute pour calculer en chiffre rond, que les auteurs, tenant aux 20 médicaments, ont ajouté, pour faire ce total, les *sérums spécifiques* et les *médications opothérapiques*. En réalité il s'agit donc de 18 médicaments. C'est peu, relativement à l'immense arsenal thérapeutique qui s'encombre de jour en jour. Et pourtant il n'y en a pas davantage qui soient vraiment sûrs, et on peut s'en rapporter sur ce point à MM. Huchard et Fiessinger. Les 18 médicaments dont il est question sont les suivants : *salicylate de soude, quinine, mercure, iodure de potassium, digitale, fer, collargol* et *ferments métalliques, bismuth, théobromine, bicarbonate de soude, arsenic, opium, belladone, bromure de potassium, purgatifs, nitrites, ergot de seigle, antipyrine.* Les deux chapitres sur les sérums et sur l'opothérapie ne sont pas à négliger, et l'ensemble ne peut être que très bien accueilli par le praticien.

Manuel technique du maître infirmier, publié par le ministère de la guerre.

Le *Manuel technique du maître infirmier*, qui vient de paraître, donne aux infirmiers militaires les indications les plus précieuses sur la manière dont ils doivent comprendre et remplir le rôle très important qui leur incombe comme auxiliaires des médecins militaires.

Il est nécessaire que des connaissances de cette nature soient vulgarisées dans l'armée. Un gradé se trouve à la manœuvre avec des hommes, l'un d'eux a un accident, il faut que le gradé soit capable de lui faire un pansement sommaire et de lui donner les premiers soins en attendant l'arrivée d'un médecin.

Tout chef de détachement doit pouvoir soigner ses hommes. Chacun connaît le portrait que le général de Brack a fait de Curély. On y trouve les lignes suivantes : « Cet homme si vaillant, si prompt, si sûr de pensée dans ses entreprises hardies, lorsqu'il commandait un détachement, en était à la fois le *médecin*, l'artiste vétérinaire, le sellier, le cordonnier, le cuisinier, le

boulanger, le maréchal ferrant, jusqu'à ce que rencontrant l'ennemi, il se montrait le soldat le plus remarquable de la Grande Armée. »

Nous ajouterons à tout cela que les indications données par le *Manuel du maître infirmier* sont tellement claires et pratiques que tout officier chef de *famille* aurait intérêt à les connaître pour soigner à l'occasion un membre de sa famille.

Le *Manuel technique du maître infirmier* est donc à la fois un ouvrage technique et général, destiné à rendre les plus grands services.

Son prix est de 2 francs à la librairie Lavauzelle, Paris, 10, rue Danton, VI[e].

La tuberculose des annexes de l'utérus ;
Par André Rives. Thèse de Montpellier.

La thèse de M. André Rives, de Montpellier, est une étude excellente et très documentée de la tuberculose des annexes de l'utérus. C'est là une question relativement neuve, à laquelle on s'intéresse de plus en plus, et le travail de Rives est une très bonne mise au point de ce sujet, auquel l'auteur apporte, en plus, une documentation personnelle des plus importantes.

A propos de la prophylaxie et du traitement de l'hérédo-syphilis ; par le Professeur Alfred Fournier. (Librairie Delagrave).

Dans ce petit livre de cent trente-six pages, agrémenté de gravures caractéristiques, Monsieur le Professeur Fournier, toujours sur la brèche pour combattre le redoutable fléau de la syphilis, résume en quatre chapitres, qui sont de vrais dogmes à graver dans la mémoire de tous, les points essentiels qui doivent diriger chacun dans la lutte contre l'hérédo-syphilis, les « quatre fautes à ne pas commettre. »

Sont livre est un plaidoyer. Et il le commence en ces termes qui méritent d'être rapportés parce qu'ils mettent en pleine lumière la religion qui le domine.

« Je viens plaider, dit-il. en faveur des pauvres êtres que menace un héritage de syphilis.

Car j'estime et j'affirme même qu'on ne fait pas pour ces malheureux tout ce qui serait à faire, qu'on reste au-dessous des obligations qui seraient à remplir envers eux.

Accusant, j'ai devoir de préciser, et je précise tout aussitôt en disant :

Quatre fautes, à mon sens, sont commises à leur égard d'une façon courante :

La première (celle-ci très spéciale et étrange, puisqu'elle est une faute commise envers des êtres qui n'existent pas encore) n'est autre que l'acte de *leur donner naissance* ;

La seconde consiste en ceci : *Ne pas veiller à leur sauvegarde dès l'instant même où ils entrent dans l'existence ;*

La troisième : *Ne pas les traiter en tant que syphilitiques, alors que leur état de syphilis (tout au moins probable) est attesté par les témoignages évidents de ce qu'on appelle les stigmates d'hérédo-syphilis* ;

La quatrième : *Ne pas les traiter de la même façon et aussi longtemps que l'on traite les malades affectés de syphilis acquise.*»

G. Milian.

Premier Congrès de l'Internat français.

Le Congrès s'est ouvert le jeudi 12 mai, à neuf heures du matin, à Bordeaux, dans la salle d'administration de l'hôpital Saint-André. Le Bureau a été aussitôt constitué de la façon suivante : MM. Rabère, président de l'Association des Internes et anciens Internes de Bordeaux, président ; Thibierge et de Fleury (de Paris), Le Fort (de Lille). Ménard (de Montpellier), Bardier (de Toulouse) ; Lalesque (de Bordeaux), vice-présidents ; Cruchet, secrétaire général ; Stéfani (de Lyon), Heully (de Nancy), Crouzon et Matton (de Paris), secrétaires.

La première séance s'est prolongée jusqu'à midi et l'on s'est donné rendez-vous à trois heures, au même endroit, pour le vote des résolutions et des vœux, la désignation des rapporteurs du prochain Congrès et de la ville où il siégera.

Voici les principaux vœux adoptés au cours de ces deux séances après des discussions parfois extrêmement animées :

1° *Sur le principe de l'internat :*

Etant donné que l'internat est, d'avis unanime, une école incomparable d'éducation médicale et chirurgicale, et que les médecins étrangers nous l'envient à juste titre, le Congrès prend à l'unanimité la résolution de défendre l'institution de l'internat obtenu au concours, contre toutes les mesures qui tendraient à le supprimer ou en diminuer les prérogatives.

2° *Sur le recrutement et le fonctionnement de l'internat* ;

a) Le mode de recrutement par le concours est maintenu ;

b) La nécessité de passer par l'externat est maintenue ;

c) Les internes des hôpitaux, nommés au concours, des villes qui sont le siège d'une faculté de médecine pourront, après au moins un an d'exercice, et sans repasser par l'externat, se présenter directement à l'internat des autres villes, siège de facultés de médecine ;

d) Le nombre des places à mettre au concours sera fixé à l'avance, ce nombre, autant que possible, sera constant d'une année à l'autre ;

e) Les concurrents de nationalité étrangère peuvent être admis au concours de l'externat et de l'internat, à la condition qu'ils justifient de tous les diplômes et toutes les autres conditions, en dehors de la nationalité, qui sont requises des étudiants français ;

f) Tout interne, muni de douze inscriptions, sera régulièrement autorisé à exercer la médecine dans l'intérieur de l'hôpital.

g) Les internes seront assimilés à des moniteurs de clinique dans les services de cliniques annexes et, aussi, dans les services de médecins et de chirurgiens des hôpitaux ;

3° *Sur l'organisation matérielle de l'internat* :

Attendu que le séjour habituel dans le milieu hospitalier implique certains risques de contagion, notamment au point de vue de la tuberculose, le Congrès émet le vœu que les internes en exercice soient logés dans de bonnes conditions hygiéniques, convenablement nourris par l'administration, ou munis d'une indemnité de nourriture largement suffisante.

4° *Organisation scientifique de l'internat* :

a) Les subventions administratives pour les bibliothèques de l'internat devront être augmentées ;

b) Des laboratoires seront créés pour les recherches scientifiques des internes ;

c) Les internes en exercice pourront être, sur leur demande, mis en disponibilité pendant une année entière pour faire un voyage scientifique dans les villes universitaires de France ou de l'étranger.

Chaque association des anciens internes favorisera la création d'un concours en vue de l'attribution d'une bourse de voyage soit en France soit à l'étranger, avec l'obligation d'un rapport scientifique sur une question déterminée à l'avance par le bénéficiaire.

d) Chaque hôpital de ville universitaire pourra recevoir un pensionnaire interne venant d'un autre hôpital de ville universitaire, à condition que cet interne ait été nommé au concours, que sa demande ait été agréée par le chef de service auprès duquel il désire être admis, et que cette demande ait été appuyée favorablement par l'administration dont il dépend.

Ce pensionnaire sera soumis aux mêmes règles qui régissent l'hôpital où il sera pensionné ; il sera toujours en surnombre dans le service où il aura été admis.

5° *Organisation sociale de l'internat* :

a) Les anciens internes des hôpitaux de villes ayant faculté de médecine seront assimilés aux chefs de clinique au point de vue de l'avancement militaire ;

b) Le Congrès, fermement convaincu que le meilleur moyen de défendre les intérêts généraux de l'internat — et notamment de poursuivre les usurpateurs du titre d'interne des hôpitaux — consiste à associer la communauté des efforts, décide le principe d'une fédération des associations des internes et anciens internes des hôpitaux universitaires de France, étant entendu que la fédération projetée jouira de de la capacité juridique.

Tous les vœux qui précèdent, sauf le dernier (Paris s'étant abstenu), ont été votés à l'unanimité.

Le deuxième Congrès de l'internat aura lieu l'an prochain à Paris ; le troisième, dans deux ans, à Nancy, à l'occasion du centenaire de l'internat des hôpitaux de Strasbourg et de Nancy ; le quatrième, dans trois ans, à Lyon.

Les rapporteurs du Congrès de Paris seront désignés par les soins de chaque *internat universitaire*. L'internat de Paris choisira quatre rapporteurs ; les internats de Bordeaux. Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Toulouse, nommeront chacun deux rapporteurs ; l'internat d'Alger, un rapporteur. Les questions seront successivement envisagées dans le même ordre général que ci-dessus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès du cerveau. — Intervention. — Guérison. Considérations cliniques et opératoires.

Par M. ROUVILLOIS,
Médecin-marjor de 2e classe,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Vous connaissez tous la fréquence et la gravité des complications endocraniennes d'origine auriculaire ; vous savez aussi qu'elles sont particulièrement communes à l'âge de nos soldats. Nous avons donc le devoir de les bien connaître afin de leur appliquer, en toutes circonstances, le traitement qui leur convient. C'est pourquoi, à propos d'un malade opéré et guéri d'un abcès cérébral, j'ai pensé vous être utile en vous exposant quelques considérations d'ordre pratique, relatives au diagnostic et au traitement de cette redoutable complication.

Mais, avant d'aller plus loin, voici d'abord, sans commentaires, l'observation du malade.

Il s'agit, comme vous pouvez le voir, d'un homme d'apparence robuste. Au conseil de revision, il n'a pas appelé l'attention sur son passé auriculaire et a été incorporé au 1er régiment de cuirassiers. Il est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce pour un écoulement de l'oreille droite.

Un interrogatoire précis nous apprend qu'il a été opéré à l'âge de cinq ans pour un polype de l'oreille droite et que, depuis ce moment, cette oreille a été le siège d'un écoulement peu abondant, mais constant et fétide et que l'audition de ce côté a toujours été très faible.

Il ne se souvient pas d'avoir jamais éprouvé des douleurs bien nettes, mais il accuse des bourdonnements et des sensations de vertige, surtout depuis qu'il monte à cheval.

L'*examen otoscopique* montre que :

A droite, le tympan est complètement détruit et laisse largement à découvert toute la paroi interne de la caisse qui est tapissée d'un pus épais et fétide.

A gauche, le tympan est normal.

Les amygdales sont volumineuses ;

Les fosses nasales et le naso-pharynx ne présentent aucune lésion appréciable.

Le diagnostic était évident : otite moyenne chronique suppurée de l'oreille droite, avec large destruction du tympan et carie de la caisse, en raison de l'ancienneté et de la fétidité de l'écoulement. L'intervention, seul traitement rationnel en pareil cas, est proposée au malade qui l'accepte. Je la pratique le 23 novembre 1909 avec l'aide de M. le professeur Sieur.

Evidement pétro-mastoïdien. — Anesthésie générale. Après incision des parties molles, rugination de l'apophyse et décollement du conduit membraneux. L'apophyse mastoïde est éburnée dans la plus grande partie de son étendue. A la place où l'antre devrait se trouver normalement, nous rencontrons un petit pertuis osseux qui donne accès dans une cavité dont il est difficile de préciser la nature. Avant d'agrandir cet orifice, nous jugeons plus prudent d'abraser la paroi externe de l'aditus et le mur de la logette, afin de trouver l'antre avec plus de sécurité. Ceci fait, nous nous rendons compte que le petit pertuis osseux trouvé au début de la trépanation conduit dans la fosse cérébrale moyenne, au contact des méninges, que nous mettons alors à nu sur une étendue d'un demi-centimètre carré et dont nous constatons l'intégrité. L'antre est petit et masqué par la dure-mère qui descend plus bas que lui. Il semble soulever pour ainsi dire le plancher de la fosse cérébrale moyenne.

Les cavités de l'oreille sont curettées soigneusement et cautérisées avec une solution de chlorure de zinc au 10e.

Le conduit membraneux est agrandi grâce à la mobilisation d'un lambeau quadrangulaire empiétant sur la conque et refoulé en arrière après ablation du cartilage qui le double (procédé de Körner modifié). Après tamponnement de la cavité opératoire, les parties molles rétro-auriculaires sont suturées complètement.

Les suites opératoires ont été remarquablement simples :

Le pansement a été fait les 26 et 28 novembre dans de bonnes conditions. Pas de température. Ni céphalée. Ni vertiges. Bon appétit.

30 *novembre.* — Ablation des fils. La plaie rétro-auriculaire est réunie complètement.

1er *décembre.* — Hier soir, le malade a beaucoup souffert et a poussé des gémissements pendant une partie de la nuit. Le médecin de garde appelé ne constate cependant aucun symptôme local ou général pouvant faire penser à une complication infectieuse.

Ce matin, au pansement, la plaie a très bon aspect ; il n'existe aucune douleur mastoïdienne ou temporale et tout semble rentrer dans l'ordre.

2 *décembre.* — Hier soir, les douleurs ont recommencé avec la même intensité et n'ont cédé qu'à l'emploi de la morphine. Elles étaient localisées au front et n'existaient pas dans les régions cervicale, mastoïdienne ou temporale. Pas de vertiges ; pas de vomissements ; pas de raideur dans la nuque. Température 37°9. Pouls 78.

Ce matin, la céphalée a presque disparu et le malade ne présente aucun signe de réaction méningée ou d'abcès encéphalique. La température est de 37° ; le pouls est de 74. Les fonds d'yeux ne présentent aucune lésion.

Le pansement ne révèle rien d'anormal.

3 *décembre.* — Les douleurs ont reparu hier soir vers cinq heures avec la même intensité et les mêmes caractères névralgiques que les jours précédents, surtout dans la région frontale des deux côtés. Le malade n'a pu dormir que grâce à une potion de chloral.

Ce matin, les douleurs sont tellement vives qu'il pousse de véritables cris qui sont entendus du dehors. Néanmoins la température est normale. Le pouls bat entre 70 et 76. Il n'existe toujours aucun signe objectif de réaction cérébrale ou méningée.

Au pansement, la plaie opératoire a bon aspect et ne présente rien d'anormal.

Une ponction lombaire évacue un liquide clair avec hypertension. L'examen du culot de centrifugation y révèle la présence du quelques lymphocytes et de quelques débris endothéliaux. Disons dès maintenant qu'aucun germe n'a été décelé dans ce liquide, soit par l'examen direct, soit par les cultures.

4 *décembre.* — Hier soir les mêmes douleurs ont réapparu, mais la nuit a été bonne ; ce matin elles ont disparu. Le pansement est refait avec un tamponnement aussi lâche que possible pour éviter tout phénomène de compression.

5 *décembre.* — La soirée et la nuit d'hier ont encore été agitées ; les douleurs frontales ont réapparu avec un caractère de plus en plus nettement névralgique. Elles sont calmées partiellement par l'antipyrine, le chloral et le bromure.

Au pansement, rien d'anormal.

6 *décembre.* — La soirée d'hier a encore été agitée, mais la nuit a été calme.

Au pansement, la suppuration a été plus abondante que les jours précédents, mais l'examen de la plaie ne permet de découvrir aucun foyer de rétention.

L'état général est d'ailleurs excellent et l'appétit conservé.

7 décembre. — La nuit a été un peu agitée, mais la journée a été très calme.

8 décembre. — La nuit et la journée ont été excellentes.

9 décembre. — Les douleurs ont réapparu hier soir vers cinq heures avec les mêmes caractères névralgiques que les jours précédents ; toute la nuit, le malade a poussé des gémissements plaintifs. Il n'existe cependant aucun signe de réaction cérébrale ou méningée. Le pouls est plein, bien frappé et bat à 80 ; la température est de 37°7

Ce matin, les douleurs sont tellement vives que les cris du malade sont entendus dans tout le service.

La fièvre est toujours nulle et le pouls est à 78. L'examen des fonds d'yeux ne révèle aucune lésion.

Au pansement, nous constatons que l'écoulement est fétide.

La pression de la dure-mère fait sourdre une ou deux gouttelettes de pus, avec une petite bulle de gaz, symptômes qui nous décident à intervenir séance tenante.

Intervention. — Anesthésie générale. Incision rétro-auriculaire, comprenant les trois quarts supérieurs de l'incision primitive, et un peu prolongée en haut. La brèche osseuse de la première intervention est mise rapidement à nu. Après abrasion à la curette des petits bourgeons charnus recouvrant les méninges, l'orifice de la fosse cérébrale moyenne est agrandi en avant et en dedans. A ce moment on voit sourdre, par un petit pertuis dure-mérien, une ou deux gouttes de pus avec des bulles de gaz sous pression, répandant une odeur fécaloïde. Une sonde cannelée est introduite dans le petit orifice méningé et donne issue à un flot de pus. La sonde cannelée disparaît dans la cavité de l'abcès sur une longueur de cinq centimètres. La dure-mère est débridée plus largement et l'abcès est évacué complètement grâce à l'introduction dans sa cavité d'un petit dilatateur mousse.

La quantité de pus écoulé peut être évaluée à celle d'un verre à liqueur. Après un bain oxygéné prolongé, un gros drain est mis en place dans la cavité de l'abcès. Pansement oxygéné.

Le réveil s'effectue facilement.

Dans la soirée, l'opéré est calme, le facies est bon ; il n'a pas de température, son pouls est à 64 ; il s'assoupit pendant deux heures.

10 décembre. — Ce matin, les douleurs sont légères. L'état genéral est très satisfaisant ; Le drain a bien fonctionné, car le pansement est souillé de pus ; la poche de l'abcès est lavée avec de l'eau oxygénée sous faible pression. Le drain est remis en place.

L'après-midi et la soirée sont calmes.

Depuis le 11 décembre, l'état général n'a pas cessé d'être excellent. Les douleurs ont disparu. La température a subi pendant quelques jours de légères oscillations, mais n'a jamais atteint 38°. L'appétit est revenu rapidement.

Le pansement a été refait tous les jours. Après ablation du drain, la poche était explorée à la sonde cannelée, ce qui a permis de suivre pas à pas, le retrait de la cavité jusqu'à sa disparition complète.

Le premier janvier ; le drain a été supprimé, mais les pansements ont encore été continués pendant quelques jours, par la plaie mastoïdienne.

Depuis le 5 janvier, le pansement retro-auriculaire est supprimé ; l'oreille est simplement pansée par le conduit, grâce à l'élargissement de ce dernier pratiqué lors de la première intervention. A partir de cette date, la plaie mastoïdienne se comble rapidement pour être à peu près cicatrisée aujourd'hui (24 février).

Actuellement, grâce aux pansements méthodiques, la cavité de l'évidement est en excellente voie de cicatrisation, ce qui nous fait espérer, dans un bref délai. l'assèchement définitif de l'oreille dont la suppuration a été la cause de tous les accidents.

Cette observation va me servir de point de départ pour vous exposer quelques considérations pratiques relatives à l'*étiologie*, à l'*anatomie pathologique*, au *diagnostic*, et au *traitement* des abcès cérébraux.

Au point de vue étiologique, l'histoire de notre malade est banale. C'est, en effet, un otorrhéïque chronique, dont l'écoulement remonte à l'enfance et qui, depuis l'âge de cinq ans, n'a suivi aucun traitement auriculaire. Si, en effet, nous consultons les classiques, nous y trouvons partout cette notion que, si toutes les otites moyennes sont susceptibles de déterminer une infection intra-cérébrale, les otites chroniques jouissent, à ce point de vue, d'un triste privilège.

Ce n'est pas que les abcès cérébraux consécutifs aux otites aiguës soient rares. C'est ainsi que depuis trois ans, nous avons eu l'occasion d'en observer trois qui reconnaissaient cette étiologie. L'un d'eux a donné à M. Sieur un beau succès, sur lequel j'aurai d'ailleurs l'occasion de revenir à propos du diagnostic et du traitement.

Cependant je vous mets en garde contre les otites soi-disant aiguës qui ne sont que des otites chroniques réchauffées. Nous avons souvent affaire, dans notre milieu, à des sujets peu soigneux, qui n'attirent pas notre attention sur leur passé auriculaire ; si vous n'examinez pas avec soin leurs lésions parfois délicates à interpréter, vous pouvez être induits en erreur.

Mais, en règle, je vous le répète, le gros contingent des complications endo-craniennes et surtout des abcès cérébraux, est fourni par les otorrhéiques chroniques. Je ne saurais donc trop vous engager à les dépister avec soin afin de les traiter et d'éliminer par la réforme tous ceux dont l'affection est rebelle à un traitement méthodique et ne peut être tarie que par un évidement pétro-mastoïdien.

Ce n'est pas que mon intention soit de vous détourner de la pratique de cette intervention : Je dirai même qu'il serait désirable qu'elle se répandît davantage, car elle est le type des opérations utiles.

Malheureusement, son exécution est délicate et les soins consécutifs qu'elle nécessite sont trop longs pour qu'elle puisse être pratiquée couramment dans notre milieu. Son opportunité dans l'armée est d'autant plus discutable que les opérés, après guérison, doivent être éliminés par la réforme. Son exécution, dans la cure radicale de l'otorrhée chronique, doit donc être réservée dans notre milieu à quelques cas particuliers. Mais si, dans ces cas, son opportunité est discutable, il en est d'autres où elle s'impose. C'est ainsi que vous pouvez être appelés à la pratiquer comme temps préliminaire de l'ouverture des abcès cérébraux. Vous pouvez être appelés aussi à l'exécuter chez certains otorrhéiques chroniques sur lesquels j'attire tout particulièrement votre attention. Ce sont ceux qui, sans présenter de réactions douloureuses bien nettes, accusent, comme le nôtre, des étourdissements avec tendances marquées au vertige. Ces symptômes méritent d'êre recherchés avec soin, car ils sont souvent l'indice d'un abcès en voie de formation et doivent être considérés comme une véritable indication opératoire. Si vous n'intervenez pas assez vite, vous exposez vos malades à des accidents suraigus, qui peuvent les emporter en quelques heures. Ce sont, comme on l'a dit avec juste raison, « des condamnés à mort, avec un sursis de longueur variable ».

L'exemple le plus frappant que je puisse vous rappeler, est celui d'un malade qui était entré au Val-de-Grâce, le 28 mars 1907, pour un écoulement de l'oreille gauche. Quelques jours auparavant, étant à cheval, il avait éprouvé

quelques vertiges avec douleurs auriculaires, pour lesquelles il avait été traité à l'infirmerie. Au moment de son entrée nous constatons la présence d'un polype de la caisse, qui est enlevé à la pince quelques jours après. L'état général est excellent, les vertiges et les douleurs ont complètement disparu. Le malade descend au jardin avec ses camarades et y passe la plus grande partie de ses après-midi. Le 16 avril, à 2 heures du matin, il est pris brusquement, sans prodromes, d'une douleur frontale violente accompagnée de vomissements abondants. Il tombe bientôt dans le coma et il meurt à 7 heures du matin.

A l'autopsie, nous trouvons un cholestéatome de l'oreille moyenne, ayant perforé le toit de la caisse pour arriver au contact des méninges. La coupe du cerveau nous révèle la présence d'un abcès du volume d'une noix occupant la substance blanche de la moitié postérieure du lobe temporal.

Il est certain que, dans ce cas, malgré la bonne santé apparente du sujet, le cholestéatome découvert à l'autopsie suivait depuis plusieurs années une marche lentement mais sûrement progressive, pour aboutir à la perforation du toit de la caisse et à la formation d'un abcès.

Efforcez-vous donc de ne pas méconnaître des cas de ce genre, pour éviter un pareil accident qui pourrait, dans certaines circonstances de la vie militaire, engager gravement votre responsabilité.

Au point de vue anatomique, l'abcès de notre malade siège dans le lobe temporo-sphénoïdal, ce qui est la règle. Cette localisation n'a rien qui doive nous étonner, puisque ce lobe n'est séparé de la caisse du tympan que par une lamelle osseuse extrêmement mince et même parfois déhiscente. Il est donc facile de concevoir la propagation de l'infection de l'oreille au cerveau. Cette infection a d'ailleurs été favorisée chez lui par une modalité anatomique fréquente dans les otorrhées chroniques. Nous avons trouvé, en effet, à l'intervention, une apophyse éburnée avec un antre minuscule, haut situé, immédiatement au-dessous des méninges, lesquelles descendaient plus bas que lui. C'est une véritable procidence inférieure de la dure-mère, analogue à la procidence antérieure du sinus latéral, avec laquelle elle coexiste souvent. Cette disposition anatomique, conséquence du processus d'infection chronique de l'antre et de la caisse, favorise, on le conçoit sans peine, l'infection de la fosse cérébrale en rendant plus immédiats les rapports de la caisse infectée avec les méninges et le cerveau. Cette procidence méningée a eu l'inconvénient de rendre fatale la mise à nu de la dure-mère, au moment de l'intervention et d'agrandir la porte d'entrée de l'infection vers l'encéphale. Par contre, elle a eu le grand avantage de permettre une surveillance plus facile du cerveau et de faciliter l'ouverture précoce et à ciel ouvert d'une collection qui, sans l'intervention, aurait évolué sourdement et serait passée inaperçue.

Cette localisation dans le lobe temporo-sphénoïdal mérite d'être bien retenue de vous, car elle revêt une grande importance au point de vue opératoire. Elle mérite d'autant plus d'être soulignée qu'elle correspond à une des zones les plus tolérantes du cerveau, c'est-à-dire à la partie antérieure de la deuxième et de la troisième circonvolution temporo-sphénoïdale. Ces circonvolutions ne sont le centre d'aucune fonction importante, de sorte que leur lésion ou leur destruction par des abcès parfois volumineux ne détermine aucun trouble fonctionnel grave. Cette remarque est surtout vraie dans les cas où la collection siège du côté droit et où elle ne peut déterminer aucune compression sur le centre du langage. Si, en effet, la localisation exacte de ce dernier a été l'objet de controverses récentes, il n'en reste pas moins établi que la zone du langage siège dans l'hémisphère gauche et qu'elle est souvent comprimée d'une façon précoce dans les abcès cérébraux siégeant de ce côté. Mais quand la lésion existe à droite, nous sommes privés de l'appoint précieux du symptôme aphasie. C'était le cas auquel je faisais allusion au début de cette leçon et à l'autopsie duquel nous avons trouvé un abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit ; c'était celui de notre malade ; c'est d'ailleurs celui de la moitié des observations publiées. Si l'on en croit même les statistiques, il semble que la localisation droite soit un peu plus fréquente que la gauche.

Si donc l'examen clinique d'un malade nous permet de soupçonner, une collection encéphalique, n'attendez pas des signes de localisation, qui n'apparaîtront peut-être jamais et portez-vous sans hésiter au siège habituel de la lésion, c'est-à-dire au lobe temporo-sphénoïdal.

Il est une autre localisation fréquente des abcès encéphaliques : c'est le cervelet. Sans vouloir parler ici des abcès cérébelleux, je ne puis néanmoins les passer sous silence. Si, en effet, la majorité des auteurs compte deux ou trois fois plus d'abcès temporaux que d'abcès cérébelleux, il en est d'autres qui donnent la proportion exactement inverse. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi que la localisation cérébelleuse est fréquente et qu'elle doit être recherchée précocement, au nom de la clinique, dans tous les cas douteux où l'exploration du lobe temporo-sphénoïdal est restée négative.

L'abcès, chez notre malade, était *superficiel*, ce qui est fréquent et s'explique par la propagation des lésions de proche en proche, de l'oreille au cerveau, par l'intermédiaire des méninges. La dure-mère, en effet, était altérée et présentait même une fistulette étroite par laquelle le pus intracérébral se répandait dans l'oreille et y dégageait une odeur fétide. Ce cas assez fréquent réalise un élément favorable de pronostic, à tel point que M. Luc prétend que, seuls, ces abcès superficiels guérissent à l'exclusion des abcès profonds.

Il est facile de comprendre, en effet, qu'un abcès profond arrive par sa latence à déterminer des lésions étendues, le plus souvent mortelles. Son diagnostic sera d'autant plus difficile que les méninges seront saines à son niveau, particularité qui peut induire en erreur un opérateur non prévenu. C'est ainsi que dans le premier cas d'abcès du cerveau que j'ai eu l'occasion d'observer, l'intégrité absolue de la dure-mère m'a fait différer son ouverture : l'autopsie m'a montré la présence d'un abcès qui aurait peut-être guéri par une incision précoce.

L'abcès de notre malade était bien *limité*, sous forme de poche. Cette disposition est plus favorable que celle des abcès diffus, sans barrière d'enkystement, à parois irrégulières et qui sont plutôt une véritable *encéphalite suppurée diffuse*, qui retentit volontiers sur les méninges du voisinage. Nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas qui, d'ailleurs, ont entraîné la mort et dans lesquels il existait, en outre de la lésion cérébrale, une méningite de la base.

Le pus, dans notre cas, était crémeux, verdâtre et bien lié ; vous le rencontrerez parfois séreux, grumeleux et roussâtre. Il était fétide, comme cela est la règle et il contenait quelques gaz, ce qui est plus rare.

Au point de vue pathogénique, notre observation est encore classique. C'est en effet par le toit de la caisse, par continuité de lésions, que l'infection s'est propagée au cerveau.

Ce mode de propagation est de beaucoup le plus fréquent. Ce qui le prouve, c'est que l'opérateur trouve parfois une perforation pathologique du toit de l'antre et de la caisse. Dans les cas où la déhiscence osseuse n'existe pas, on constate souvent une altération méningée de voisinage, qui est

le témoin de la propagation de l'infection de proche en proche. Ce mécanisme est celui qui doit être invoqué chez notre malade.

Chez lui, l'abcès existait-il avant la première intervention ? Les vertiges qu'il accusait peuvent permettre de le supposer, mais non de l'affirmer. Dans tous les cas, il est possible que l'intervention ait eu pour résultat de donner un coup de fouet à l'infection, comme cela est fréquent, même à la suite des interventions les plus bénignes et les plus limitées. C'est ainsi qu'il n'est pas exceptionnel de voir évoluer un abcès cérébral à la suite de l'ablation d'un polype de la caisse ou des osselets cariés. Quoi qu'il en soit, en admettant que l'intervention ait donné un coup de fouet à l'évolution de l'abcès, elle n'a fait que hâter son apparition et a permis, non seulement de l'ouvrir dans de bonnes conditions, mais en tarissant la suppuration auriculaire, elle a mis le malade à l'abri des complications ultérieures.

C'est à ce mécanisme de la propagation des lésions de proche en proche que sont dus la plupart des abcès cérébraux. J'ajouterai également que les abcès cérébelleux, dont je vous ai signalé la fréquence il y a quelques instants, reconnaissent également la même cause. Il y a même lieu de remarquer que les faits d'abcès encéphaliques avec intégrité absolue des méninges deviennent de plus en plus rares, depuis qu'on examine avec soin la dure-mère au voisinage de l'oreille moyenne dans les cas d'abcès otogènes.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas d'autre mode d'infection ?

Evidemment non, car malgré leur rareté, il faut expliquer les cas dans lesquels non seulement les méninges sont intactes, mais sont séparées de la cavité de l'abcès par une certaine épaisseur de substance cérébrale saine.

Nous sommes forcés d'admettre alors la propagation de l'infection par l'intermédiaire des gaines lymphatiques périvasculaires ou des vaisseaux eux-mêmes. A ce propos, je vous rappellerai que Mac Ewen incrimine tout particulièrement la voie artérielle. Pour lui, les microorganismes déterminent rapidement une thrombose artérielle, qui a pour résultat la formation d'un foyer de ramollissement, qui, situé en milieu infecté, donne naissance à un abcès. Il est possible que dans certains cas, il en soit ainsi ; mais vous concevez que le contrôle en est particulièrement délicat.

Quoi qu'il en soit, ces cas sont exceptionnels, par rapport à ceux où il existe une continuité réelle entre les lésions auriculaires et l'abcès encéphalique, avec lésion méningée intermédiaire. Cette notion, vous le verrez tout à l'heure, revêt, au point de vue du traitement, une importance de premier ordre.

Si, jusqu'à présent, l'observation de notre malade est restée classique au point de vue étiologique, anatomique et pathogénique, il n'en est plus de même *au point de vue clinique*.

Si vous consultez, en effet, les auteurs, à ce sujet, vous y trouvez que les signes des abcès cérébraux ont été divisés en :

1° Signes de *suppuration*, dont le plus important est la fièvre.

2° Signes d'*hypertension* intra-cranienne dont les principaux sont : la céphalée, la douleur à la pression, les vertiges, les vomissements, le ralentissement du pouls, les troubles oculaires intéressant la musculature et la circulation des membranes profondes, l'asthénie physique et intellectuelle, l'amaigrissement, les troubles cérébraux, etc., etc.

3° Signes de *localisation*, dont les principaux sont des phénomènes paralytiques et l'aphasie, lorsque la lésion siège à gauche.

Il semble, au premier abord, qu'avec une symptomatologie aussi riche, le diagnostic d'abcès cérébral soit facile. Il n'en est rien, car la symptomatologie en est essentiellement variable et fruste.

D'ailleurs, les classiques eux-mêmes prennent le soin, après avoir exposé avec un grand luxe de détails les symptômes de cette affection, de vous avertir que vous les rencontrerez rarement au complet.

C'est ainsi que, selon la façon dont les symptômes sont groupés, Wicart, dans son excellente thèse, décrit la forme dite *classique*, la forme *typhoïde*, les formes *méningitiques* et les formes à *début insidieux*, parmi lesquelles il distingue la forme *intermittente*, la forme *latente* ou *médico-légale*, la forme *tumeur cérébrale*. Il est aisé de comprendre que vous pouvez multiplier à l'infini le nombre de ces types cliniques, évidemment utiles pour l'exposé didactique, mais qui, eux-mêmes, ne sont que des schémas dans lesquels il vous sera souvent difficile de faire rentrer tel ou tel cas particulier.

En réalité, et tout en reconnaissant l'exactitude des descriptions qui en sont faites, il faut savoir que l'abcès cérébral est une affection dont la symptomatologie est polymorphe et que chaque malade réalise pour ainsi dire un type particulier.

Le meilleur exemple que je puisse vous en donner est précisément l'observation du malade que je vous ai présenté.

En effet, il n'a jamais eu de signe de suppuration, puisque la température n'a jamais atteint 38° ; il n'a jamais eu de signes de localisation, ni troubles paralytiques, ni aphasie. Parmi les signes d'hypertension intra-cranienne, le seul que nous ayons relevé est la douleur.

Au lieu de réaliser le type de la douleur sourde, constrictive et térébrante que les malades comparent volontiers à celle que détermine la pression d'un étau, elle a revêtu un caractère nettement névralgique, de sorte que, s'il me fallait donner un nom à ce type clinique, je l'appellerais volontiers la *forme névralgique*.

Les douleurs ont commencé, en effet, le 1er décembre, 8 jours après l'intervention, et ont revêtu un tel caractère d'acuité que le malade poussait des cris plaintifs ; le lendemain matin, les douleurs avaient complètement disparu.

Pendant 6 jours consécutifs, malgré un état parfait de la plaie opératoire, les douleurs ont réapparu par intermittences, avec un caractère d'acuité extraordinaire et ont nécessité l'usage de potions calmantes et même d'injections de morphine. Les examens répétés qui ont été pratiqués dans l'intervalle des douleurs et au moment de l'apparition de celles-ci, n'ont jamais permis de déceler le moindre signe d'abcès, ni douleurs à la pression, ni vomissements, ni vertiges, ni ralentissement du pouls, ni signe oculaire du côté des muscles ou des membranes profondes.

Une ponction lombaire a été faite et a permis de retirer un liquide clair, avec légère hypertension, dont l'examen n'a donné que des résultats à peu près négatifs.

Le 7e et le 8e jour, les douleurs avaient à peu près disparu, de sorte que nous les attribuions volontiers à un état névropathique. Nous nous rangions d'autant plus volontiers à cette idée que la mère du malade nous affirmait que son fils avait toujours été particulièrement nerveux.

Deux jours après, les douleurs recommençaient avec une telle acuité que nous nous décidâmes d'explorer le cerveau. A ce moment, seulement l'exploration de la plaie montra au niveau de la dure-mère une ou deux gouttelettes de pus et fit sourdre une bulle gazeuse qui sortit à la faveur d'une fistulette dure-mérienne qui avait passé inaperçue jusque-là. A peine avais-je introduit une sonde cannelée dans le petit orifice méningé qu'un flot de pus vint nous éclairer sur la cause des douleurs accusées par le patient.

Voilà, vous en conviendrez aisément, une symptomatolo-

gie bien fruste. Nous sommes loin de la liste complète des symptômes que je vous ai énumérés tout à l'heure.

Bien différente est la symptomatologie dans la plupart des cas. Sans vouloir faire ici une analyse des observations publiées, je ferai allusion simplement à ceux que nous avons eu l'occasion d'observer dans ces dernières années.

Six d'entre eux présentaient des signes suffisants pour que le diagnostic fût au moins probable, mais il est remarquable combien la symptomatologie en était polymorphe.

L'observation des quatre premiers a été rapportée au Congrès français d'Otologie de 1907 (Sieur), la cinquième a été rapportée à la Société de laryngologie de Paris en 1909 (Sieur et Rouvillois), la sixième est inédite.

Le premier accusait de vives douleurs et avait une température élevée avec un peu de raideur de la nuque (mort).

Le second a été opéré d'urgence, à demi-somnolent, couché en chien de fusil, avec de la fièvre et un pouls ralenti (guérison).

Le troisième, également opéré d'urgence, avait des douleurs, de la fièvre, des frissons, et était plongé dans un état de torpeur accusé (mort).

Le quatrième, opéré dans les mêmes conditions, était dans un tel état de prostration qu'il était impossible d'en tirer des renseignements utiles (mort).

Le cinquième a présenté une céphalée violente avec de l'aphasie. Il a été atteint sur la table d'opération d'une crise convulsive caractérisée par des mouvements toniques et cloniques des 4 membres à laquelle il aurait succombé si l'intervention n'avait pas été pratiquée séance tenante. (guérison).

Le sixième a présenté, outre la douleur, des contractions grimaçantes de la face et des phénomènes paralytiques du membre supérieur gauche et est tombé dans le coma (mort).

Je vous signale enfin, pour mémoire, en terminant, l'observation du malade porteur d'un abcès cérébral latent et qui est mort en quelques heures sans avoir présenté le moindre symptôme d'alarme.

Je vous renvoie aux nombreuses observations qui sont rapportées dans les livres classiques ou dans les publications spéciales. Leur lecture vous amènera à cette conclusion que si parfois le diagnostic d'abcès cérébral est facile, il est souvent hérissé des plus grandes difficultés.

Au point de vue du diagnostic, chez notre malade, la principale difficulté que nous ayons rencontrée a été plutôt pour établir l'existence de l'abcès que pour rechercher son siège.

Le diagnostic de l'existence de l'abcès a été hésitant pendant plusieurs jours en raison du caractère névralgique de la douleur chez un sujet névropathique. Mais à aucun moment nous n'avons pensé à la possibilité des autres affections qui, dans certains cas, peuvent être confondues avec l'abcès cérébral et que vous devez bien connaître.

C'est ainsi que parfois une simple otite moyenne peut s'accompagner, surtout chez l'enfant, de symptômes cérébraux, pouvant faire penser à un abcès encéphalique ; l'examen du tympan et la paracentèse lèveront tous les doutes.

Je vous rappelle également qu'un abcès extra-dural peut, par son volume, déterminer des symptômes de compression analogues à ceux de l'abcès intra-cérébral : la trépanation de l'apophyse mastoïde, avec mise à nu de la dure-mère, fera faire le diagnostic.

La thrombo-phlébite des sinus, non pas dans sa forme aiguë avec grandes oscillations thermiques et symptômes pyohémiques, mais dans sa forme chronique, peut également en imposer pour un abcès cérébral. Cette forme, en effet, peut donner lieu à de la céphalée, à des vertiges, à des vomissements et à une somnolence particulière qui rappellent à s'y méprendre l'abcès cérébral. Dans ces cas, le diagnostic clinique est pour ainsi dire impossible à poser.

Vous pourrez rencontrer également les mêmes difficultés de diagnostic dans certains cas de méningite. Rarement, la méningite aiguë réalise le syndrome de l'abcès cérébral. La méningite subaiguë, au contraire, s'accompagnant de fièvre modérée, de céphalée, de vomissements et de dépression avec délire tranquille, pourra vous induire en erreur.

Ce qui augmente encore parfois la difficulté du diagnostic, c'est, comme le fait fort justement remarquer M. le professeur Mignon, la coexistence possible de ces diverses complications dont les différents symptômes peuvent s'enchevêtrer et fausser le diagnostic.

C'est évidemment dans ces cas complexes que les recherches de laboratoire pourront contribuer à éclairer le diagnostic. Parmi celles-ci, il en est deux qui sont de première importance : l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'examen du sang.

En règle, si la *ponction lombaire* donne issue à un liquide clair, vous pouvez éliminer la méningite et penser à la possibilité d'un abcès cérébral. Si elle donne issue à un liquide trouble ou contenant des polynucléaires, vous devez admettre l'existence d'une méningite, seule ou accompagnée d'un abcès cérébral.

Si l'examen du sang vous révèle une élévation peu considérable de la formule leucocytaire et du nombre des polynucléaires, vous devez songer à l'abcès extra-dural ou à l'abcès cérébral. Si, au contraire, la formule leucocytaire et le nombre des polynucléaires sont très élevés, vous devez songer à la phlébite des sinus ou à la méningite.

Je me garderai d'apporter plus de précision sur ce point, car les conclusions des travaux récents parus sur cette question sont loin d'être immuables. C'est pourquoi, tout en reconnaissant le grand intérêt qui s'y attache et en vous conseillant d'y avoir toujours recours, vous ne devez les considérer que comme de simples moyens auxiliaires qui doivent, en toute circonstance, rester subordonnés à l'examen clinique.

Le diagnostic du siège de l'abcès cérébral chez notre malade n'a été qu'un simple corollaire du diagnostic de son existence, puisque la fosse cérébrale moyenne était déjà ouverte et que nous avions constaté la présence d'une ou deux gouttelettes de pus à ce niveau.

Mais même si la déhiscence de la fosse cérébrale moyenne n'avait pas existé, nous aurions encore, en l'absence de signes de localisation, commencé par explorer le lobe temporo-sphénoïdal ; en cas d'intégrité de ce dernier, nous aurions continué nos recherches du côté du cervelet.

D'ailleurs, abstraction faite de l'aphasie, symptomatique d'un abcès temporal siégeant à gauche, les signes de localisation n'ont qu'une valeur très minime pour faire un diagnostic de localisation précise.

Exceptionnellement, une paralysie alterne vous fera faire un diagnostic d'abcès de la protubérance, comme dans un cas de Berger, ou une hémianopsie vous fera localiser une collection dans le lobe occipital comme dans le cas de Lannois et Jaboulay. Parfois une céphalée occipitale avec raideur de la nuque, troubles de l'équilibre et paralysie de la 6e paire, vous amènera au diagnostic d'abcès du cervelet, mais l'abcès cérébelleux lui-même, comme l'abcès cérébral, a parfois une symptomatologie fruste qui le fait méconnaître.

La conclusion pratique qui se dégage de ces incertitudes est que, en l'absence de signes de localisation, il faut songer d'abord à l'abcès temporo-sphénoïdal, et, en cas d'échec opératoire à l'abcès du cervelet. Ce n'est évidemment qu'un

diagnostic de probabilité, mais il est si souvent vérifié par l'expérience que, dans la pratique, il justifie largement l'intervention chirurgicale dont il nous reste maintenant à parler.

Au point de vue *thérapeutique*, l'intervention chez notre malade a été grandement facilitée par l'opération préliminaire de l'évidement pétro-mastoïdien. Il nous a suffi de décoller rapidement le pavillon en passant dans la cicatrice primitive et, après une rugination rapide, de mettre à découvert l'orifice de la fosse cérébrale moyenne. Quelques coups de pince-gouge ont vite agrandi cet orifice et ouvert du côté des méninges et du cerveau une voie suffisante pour permettre l'évacuation et le drainage de l'abcès.

Au bout de plusieurs semaines, lorsque celui-ci a été comblé et guéri, il a suffi de laisser cicatriser la plaie rétro-auriculaire et de continuer le traitement de la cavité évidée, comme si le malade n'avait jamais présenté aucune complication.

Cette conduite a permis de respecter l'esthétique de l'opéré car la cicatrice opératoire est cachée derrière l'oreille ; quant à la déformation de la conque, elle est insignifiante.

Mais vous ne vous trouverez pas toujours en présence d'une situation aussi nette. Vous pouvez être appelés à examiner des malades qui n'ont pas encore été opérés et dont le syndrome clinique ne vous laissera pas de doute sur la présence d'un abcès cérébral. Quelle conduite devez-vous tenir ?

Avant l'époque où les otologistes n'avaient pas donné à la chirurgie de l'oreille l'essor qu'elle a pris depuis, les chirurgiens employaient, pour aborder les abcès cérébraux, les procédés habituels qui conduisent aux épanchements traumatiques de la région temporale. C'est ainsi que Ball recommandait de trépaner à 19 mm. au-dessus du méat. Poirier à 30 mm. et Mac Even à 50.

Bergmann, plus éclectique, conseille d'opérer dans une aire rectangulaire limitée en arrière par une verticale passant par le bord postérieur de la mastoïde, en avant par une verticale passant par l'articulation temporo-maxillaire, en bas par l'horizontale prolongeant le zygoma, en haut par une ligne parallèle à cette dernière et tangente au bord supérieur de l'orbite. Il est facile de se rendre compte que cette région correspond à la 2e circonvolution temporale, siège habituel de l'abcès.

Pour aborder les abcès cérébelleux, les chirurgiens trépanaient directement sur la partie postérieure de l'apophyse (Poirier) ou un peu plus en arrière (Ballance), ou sur le milieu de la ligne menée du sommet de la mastoïde à l'inion (Chipault).

Ces procédés ont donné des succès, mais les travaux récents des otologistes les ont condamnés, et à juste titre, pour deux raisons principales :

1° Ces procédés sont aveugles, car l'opérateur n'est guidé par aucun signe dans la recherche de la lésion.

2° En admettant que l'abcès soit découvert, la lésion qui lui a donné naissance, n'étant pas traitée, persiste et peut causer ultérieurement de nouveaux accidents.

C'est pourquoi les auristes préfèrent opérer en suivant l'ordre de progression des lésions ; ils vont d'abord à l'oreille et de là, ils se laissent guider par les lésions constatées au cours de l'intervention.

Cette voie, que Broca et Mignon ont beaucoup contribué à vulgariser en France, est la seule rationnelle.

L'opération est simple.

En règle, le premier temps de l'intervention consiste à ouvrir largement toutes les cavités de l'oreille, c'est-à-dire à faire un évidement pétro-mastoïdien. Lorsque l'antre, l'aditus et la caisse ne forment plus qu'une seule cavité, il ne reste plus qu'à attaquer le squelette au-dessus de l'aditus et de l'antre jusqu'à ce que la dure-mère soit mise à nu. Cette tâche sera souvent facilitée par la découverte d'une déhiscence pathologique du toit de l'antre, de l'aditus ou de la caisse.

Dans certains cas exceptionnels, lorsque vous voulez aller vite ou lorsque l'abcès est manifestement consécutif à une otite aiguë, il n'est pas nécessaire de mettre à nu toutes les cavités de l'oreille : la trépanation simple de l'apophyse mastoïde peut suffire. Vous pénétrez aussi facilement que tout à l'heure dans la fosse cérébrale moyenne en attaquant le squelette juste au-dessus de l'antre. M. Sieur a eu recours une fois à cette méthode : il s'agissait d'un abcès consécutif à une otite aiguë qui avait déterminé une crise convulsive tellement violente qu'il fallait à tout prix décomprimer au plus vite le cerveau, ce qui fut fait en quelques instants par la simple abrasion du squelette au-dessus de l'antre. Cette façon de faire a eu pour avantage immédiat d'être simple et rapide, et pour résulat éloigné de conserver au malade l'intégrité de son audition.

Si vous avez de bonnes raisons pour croire à la présence d'un abcès cérébelleux, vous utiliserez la même manœuvre, mais au lieu de faire une brèche sus-auriculaire, vous abraserez à la pince-gouge l'apophyse mastoïde jusqu'en arrière du sinus latéral, où vous rencontrez la pachyméninge cérébelleuse. Quoi qu'il en soit, et quel que soit le procédé employé, vous êtes arrivés à la dure-mère : que devez-vous faire ?

Si celle-ci est altérée et à plus forte raison déjà fistulisée, votre tâche est simple ; vous n'avez qu'à agrandir l'orifice méningé pour donner issue au pus, souvent superficiel en pareil cas. Si le pus est plus profond, vous êtes guidés par la direction de la fistule qui vous conduira toujours à l'abcès.

Mais les difficultés commencent si la méninge est saine : il ne faut donc pas vous étonner de voir ici des divergences d'opinion parmi les opérateurs.

Un grand nombre d'auristes, et non des moindres, vous conseillent d'attendre 24 ou 48 heures, afin de surveiller les symptômes ; si ceux-ci s'amendent ou disparaissent ils sont d'avis d'attendre encore ; s'ils n'ont pas diminué, ils vous conseillent d'intervenir.

Ici encore de nouvelles divergences apparaissent. Les uns, voulant éviter l'infection des méninges, ne veulent pas les ouvrir en milieu infecté, et vous conseillent de faire une trépanation du crâne indépendante de la brèche mastoïdienne. Les autres vous conseillent d'agir comme dans les cas où il existe une lésion des méninges et d'ouvrir la fosse cérébrale moyenne au-dessus de l'antre et de l'aditus.

C'est au milieu de ces opinions discordantes qu'il est nécessaire de se reporter aux faits, dont la valeur a toujours été plus grande que les théories les mieux établies.

Que nous enseignent-ils ? Ils nous montrent que dans un grand nombre de cas, les chirurgiens qui, pour se conformer aux idées classiques, ont retardé d'une journée ou deux l'incision de la dure-mère saine, ont laissé évoluer un abcès cérébral qui a déterminé la mort.

Les faits nous montrent, d'autre part, une série d'observations où le chirurgien, persuadé à tort de l'existence d'une collection cérébrale, a pu ponctionner à plusieurs reprises le cerveau, sans porter aucun préjudice à son malade. M. Sieur en a rapporté deux exemples tout à fait démonstratifs au Congrès français d'otologie de 1907. Dans ces deux cas, soupçonnant un abcès cérébral, il n'hésita pas à inciser la dure-mère saine et à ponctionner le cerveau dans plusieurs directions. Ces deux malades n'en ont pas moins guéri par la suite et sans avoir présenté la moindre complication imputable aux ponctions.

Nous avons même pu nous rendre compte avec exactitu-

de de l'immunité de la lésion déterminée par l'exploration de la substance cérébrale saine. En effet, dans l'observation inédite mentionnée plus haut, trois ponctions avaient été pratiquées au voisinage d'un foyer d'encéphalite superficielle diffuse. Malgré l'infection de la substance cérébrale voisine, nous avons pu constater, à l'autopsie, que la sonde cannelée avait laissé comme seul reliquat de son passage un petit cordon rougeâtre représentant un caillot durci qui était resté indemne de toute infection. A plus forte raison, est-il permis d'admettre qu'il en est de même dans le cas où de semblables ponctions sont faites dans la substance cérébrale non infectée.

Ces faits d'observation ont une valeur indiscutable ; ils permettent de dire que, même si la dure-mère est saine, il ne faut pas hésiter à intervenir par la brèche sus-auriculaire et à ponctionner le cerveau dans plusieurs directions si le malade présente des signes de probabilité d'un abcès cérébral.

Comment la ponction doit-elle être faite ?

Certains opérateurs emploient un bistouri fin ; d'autres des aiguilles de calibres variés ; d'autres enfin préfèrent la sonde cannelée. Le bistouri a l'inconvénient d'être trop agressif et l'aiguille, celui de se boucher facilement. C'est donc à la sonde cannelée que je vous conseille d'avoir recours. C'est l'instrument le plus simple, c'est aussi le plus commode. Elle détermine le traumatisme minimum ; elle ne sectionne aucun vaisseau et se borne à écarter les éléments constitutifs de la substance cérébrale. En outre, grâce à la cannelure qu'elle porte, le pus rencontré s'écoule facilement au dehors. Il est bon, le cas échéant, de la recourber afin de ponctionner avec facilité en avant et en arrière de l'orifice méningé, quand l'abcès n'est pas directement en regard de ce dernier.

Quand la collection est ouverte, il est bon d'agrandir l'orifice de la ponction pour favoriser le drainage. Ici encore, l'instrument le plus simple est le meilleur : un dilatateur mousse, quel que soit son modèle, remplira cet office.

L'abcès une fois vidé, il est prudent de le drainer. Le drain de caoutchouc nous paraît préférable aux drains métalliques qui ont été préconisés et que nous trouvons trop agressifs.

Grâce à ces précautions, vous pourrez sauver quelques malades, et la satisfaction de leur guérison vous paiera largement de votre peine, car vous n'ignorez pas que la léthalité des abcès cérébraux est toujours considérable. Rappelez-vous que vous n'aurez à enregistrer des succès que si votre diagnostic est précoce, s'il est suivi d'une intervention rapide et complète, et si vous assurez vous-mêmes les soins post-opératoires. Ceux-ci sont aussi importants que l'intervention elle-même, et tant que la cicatrisation ne sera pas achevée, vous n'aurez pas le droit de parler de guérison.

Je n'ai pas eu la prétention de vous avoir fait, dans cette leçon, l'histoire complète des abcès cérébraux, car elle mériterait des développements plus considérables ; je me suis seulement attaché, à propos d'un cas déterminé, à vous exposer les remarques qu'il comportait. J'aurai fait une œuvre utile si les considérations que je viens de développer devant vous, en rendant vos diagnostics plus précoces et plus précis, contribuent aux succès de vos interventions futures.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une page d'histoire

Nous recevons depuis quelques jours des lettres nous demandant si l'INDEX MEDICUS paraîtra bientôt.

Que nos Lecteurs et Abonnés se rassurent, nous travaillons pour eux. L'INDEX MEDICUS 1910-1911 paraîtra comme nous l'avons indiqué dans les premiers jours d'octobre.

Cette édition, du même format que la précédente, aura 1400 pages au lieu de 1016 (1).

A cette occasion, il nous est agréable de rappeler que l'INDEX MEDICUS, GUIDE-ANNUAIRE DES ÉTUDIANTS ET DES PRATICIENS est la transformation successive du *Numéro des Étudiants*, universellement connu, qui, depuis 1873, s'est enrichi de documents nouveaux toujours plus précieux les uns que les autres. Le *Numéro des Étudiants* était indispensable à l'étudiant et a déjà rendu de grands services aux professeurs et aux praticiens.

En **1908**, nous avons fait pour ces derniers ce que nous faisions pour les étudiants et nous avons publié le *Numéro des Étudiants et des Praticiens*. Il eut un véritable succès et les praticiens ont enfin eu en lui le guide désiré.

En effet, il n'existait encore à cette époque, **1908**, aucun ouvrage ayant groupé les renseignements d'ordre professionnel qui sont indispensables au Praticien dans l'exercice journalier de sa profession.

Le Numéro des Étudiants et des Praticiens du *Progrès Médical* a eu l'honneur d'être le PREMIER et entend conserver cette priorité.

Nous n'avons pas voulu nous reposer après cette première victoire, nous avons voulu faire mieux ; voilà pourquoi en 1909 nous avons abandonné le format du Numéro des Etudiants et des Praticiens, pour celui de l'Index, format basé sur la *moitié exactement* de celui du *Progrès médical*.

Nous avons fait un volume élégant, luxueusement relié, de plus de 1000 pages, que nos abonnés ont reçu et continueront à recevoir gratuitement comme ils recevaient en 1873 le Numéro des Étudiants alors qu'il n'avait encore que 8 pages.

Quel chemin parcouru depuis et aussi quelle mine de documents le praticien comme l'étudiant n'allait-il pas trouver dans l'Index.

Ces documents éparpillés de tous les côtés étaient enfin réunis dans un volume relié que l'on met dans sa bibliothèque à la portée de sa main.

(1) Lors de l'apparition de l'édition 1909-1910, plusieurs desiderata nous ont été exprimés. Satisfaction sera donnée à chacun dans la plus large mesure. On nous a demandé que les chirurgiens-dentistes soient ajoutés ; de nombreux pharmaciens ont trouvé, avec raison, qu'ils avaient été sacrifiés. Ils auront satisfaction. M. C..., de Bordeaux, demandait par sa lettre du 26 novembre 1909 un calendrier-memento. Notre correspondant trouvera le memento demandé dans l'édition 1910-1911.

Faute de temps, le classement des docteurs par départements et par villes, ainsi que celui de Paris par rues, n'a pu être fait dans l'édition 1909-1910 : il figurera dans celle de 1910-1911. *Nous préparons ce classement qui comprendra également les chirurgiens dentistes, dentistes et pharmaciens, avec les adresses complètes pour les villes.*

Tous les documents renfermés dans l'INDEX MEDICUS sont rigoureusement contrôlés, de même que la partie annuaire. Nous voulons que l'INDEX MEDICUS soit le *Guide-annuaire* le plus complet et le plus exact qui soit mis à la disposition des étudiants et des praticiens.

Plus de recherches infructueuses, plus de temps perdu, l'Index renferme tout, même la liste des médecins de France.

Voici résumées quelques opinions sur la dernière édition (1909-1910).

Le *Lancet* :

« Le travail de compilation doit avoir été immense et le résultat réflète un grand honneur sur notre contemporain. »

La *Presse médicale* :

« En somme, ce volume contient une mine de documents intéressants et sera précieux à tout le corps médical. »

M. le Dr Helme écrit :

« C'est vraiment le « Je sais tout » médical ».

La Clinique :

« C'est un véritable Bottin médical ».

Le *Marseille médical* :

« C'est le « vade mecum » indispensable ».

La Gazette des Hôpitaux :

« L'Index constitue l'annuaire le plus complet et le plus exact qui soit mis à la disposition des étudiants et des praticiens ».

Les *Annales de chirurgie et d'orthopédie* :

« Je ne saurais trop inviter mes confrères à meubler leur bibliothèque de cet ouvrage si important, si bien coordonné, et dont on doit louer sans réserve l'administration du *Progrès médical.* »

Dr M. Bilhaut.

Le *Journal de Médecine de Bordeaux* :

« Félicitons bien sincèrement notre confrère et de l'effort qu'il a fait et du résultat magnifique auquel il a abouti. »

La *Gazette Médicale de Nantes* :

« On peut prédire avec certitude le succès d'une telle publication, laquelle constitue pour le Corps médical tout entier le guide le plus complet, le plus sûr, incontestablement le plus utile de ce genre. »

Nous n'avons pas voulu donner un démenti à ces paroles si élogieuses qui nous sont allées droit au cœur.

L'Index medicus sera tout cela.

Il est déjà et sera davantage encore dans l'avenir le Guide-Annuaire ABSOLUMENT INDISPENSABLE à l'ÉTUDIANT et au PRATICIEN.

Nous prenons le futur docteur, dentiste, ou pharmacien, au début de ses études, nous le guidons pendant tout le cours de celles-ci ; quand il est reçu, nous l'accompagnons toute sa vie, quelle que soit la branche choisie, et nous ne l'abandonnons que sur les bords de la tombe. S'il a été prévoyant, grâce à l'Index medicus et aux renseignements qu'il y aura puisés, il laissera sa famille à l'abri des besoins.

Le principe adopté à l'Index medicus est d'aller chercher les renseignements aux sources mêmes où ils se trouvent. *Ses documents lui sont personnels.*

Nos visites au *Journal Officiel* et aux administrations ne se comptent plus ; nos fiches de renseignements parcourent la France, l'Europe, l'Amérique et les diverses parties du monde.

C'est plus long pour arriver à la perfection la première fois ; mais nos lecteurs nous feront crédit encore un an si, malgré nous, quelques lacunes restent encore à combler, si quelques renseignements manquent encore faute d'avoir su où les prendre ou peut-être parce qu'ils nous seront arrivés trop tard. Nous les en remercions d'avance.

A. Rouzaud.

N. B. Nous prions ceux de nos lecteurs qui ont des documents à nous adresser de nous les faire parvenir le plus rapidement possible.

MÉDECINE PRATIQUE

Indications thérapeutiques dans les sinusites de la face;

Par H. Bourgeois

Sinusite maxillaire

A) Sinusite aiguë d'origine nasale

Pendant un fort coryza, ou mieux à son décours, le patient éprouve une sensation de tension dans une joue, d'agacement dans les molaires supérieures correspondantes, de véritables névralgies sous-orbitaires ; au bout de 2 ou 4 jours il mouche par la narine de ce côté du muco-pus, qui retombe aussi dans son arrière-gorge.

Traitement. — Repos à la chambre indispensable.

Toutes les 3 heures, prendre une inhalation d'un quart d'heure avec :

Menthol	5 gr.
Eucalyptol	10 gr.
Alcool	125 gr.

Une cuillerée à café pour un bol d'eau bouillante.

Après l'inhalation se tenir la tête penchée en avant et inclinée du côté sain.

Le sinus une fois vidé, introduire dans la narine un peu de la pommade suivante:

Chl. de cocaïne	0 gr. 20 cent.
Menthol	0 gr. 20 cent.
Solut. d'adrénaline à 1/1000	2 gr.
Lanoline }	àà 10 gr.
Vaseline }	

Ce traitement médical suffit dans la majorité des cas. Parfois, contre la rétention favorisée par une trop grande tuméfaction de la muqueuse le médecin devra porter un tampon imbibé de cocaïne-adrénaline dans la région du méat moyen plus rarement enlever un polype muqueux.

Exceptionnellement, tout phénomène douloureux ayant disparu, la suppuration persiste plus d'une quinzaine de jours.

Il faut alors laver le sinus par le méat inférieur ; ne pas pratiquer ce lavage, c'est vouer la sinusite à la chronicité.

On se refusera absolument à l'ouverture du sinus par voie alvéolaire pour une sinusite d'origine nasale.

B) Suppuration récente d'origine dentaire

Toute dent dont l'infection a envahi la chambre pulpaire peut donner lieu à une fistule. Si cette fistule s'ouvre dans le sinus le pus se déverse dans le nez ; il n'y a pas sinusite vraie mais empyème (Lermoyez).

Traitement. — Enlever la dent malade ; la plus fréquemment en cause par sa proximité du plancher est la première grosse molaire.

Si le plafond de l'alvéole est suspect le dentiste l'effondrera immédiatement et pratiquera un lavage du sinus par cette ouverture alvéolaire. Il ne mettra pas le « clou » classique destiné à maintenir l'orifice béant,

Les jours suivants, le malade exécutera les lavages au moyen d'une fine canule en baïonnette.

Si le plafond alvéolaire paraît sain, le rhinologiste pratiquera des lavages après ponction du sinus par le méat inférieur.

Le liquide injecté sera une solution de permanganate de potasse à 1/3000, d'eau oxygénée diluée 4 fois, pour les

suppurations fétides. Dans les cas simples on peut se contenter de la solution saline à 7/000, bicarbonatée à 15/000.

Les lavages sont répétés tous les deux jours jusqu'à complète guérison.

C) Sinusites chroniques.

En présence d'une suppuration ancienne et non encore traitée, on peut essayer des lavages à la condition que l'intégrité de la muqueuse du méat moyen montre qu'il n'y a probablement pas une altération profonde de la muqueuse sinusale. Le malade sera prévenu d'un échec possible sinon probable.

Les lavages seront continués seulement s'ils produisent une amélioration progressive.

Toute dent suspecte aura été enlevée.

En présence d'une suppuration récente qui semble s'orienter vers la chronicité malgré le traitement dentaire et les lavages, il est inutile de prolonger ceux-ci indéfiniment.

On ne peut cependant pas fixer un chiffre maximum de lavages. On prendra comme règle de ne pas persévérer si malgré les irrigations on observe un statu quo pendant 2 ou 3 semaines consécutives. Une amélioration même légère, mais progressive, engagerait au contraire à persévérer. La sinusite est définitivement chronique, que proposons-nous ?

Jusqu'à ces dernières années l'opération dite de Caldwell-Luc était notre seule ressource.

Claoué a proposé une opération moins importante, qui consiste à réséquer le cornet inférieur, puis à effondrer la paroi sinuso-nasale. Le malade lave ensuite lui-même son sinus.

Cette opération ne permet pas un curettage véritable du sinus. Elle n'offre pas une chance sûre de guérison pour les sinusites anciennes. Elle ne peut pas être proposée au malade comme une cure radicale.

On la réservera donc 1°: aux sinusites récentes quand le malade ne pourra pas venir subir les lavages, 2° aux sinusites anciennes. quand l'opération de Caldwell-Luc sera refusée.

On sait le principe de Caldwell-Luc : large trépanation par la fosse canine, curettage minutieux, effondrement de la paroi sinuso-nasale, mise en place d'une mèche sortant par la narine, suture de la plaie buccale.

Nous détamponnons au bout de 48 heures, et nous faisons des irrigations jusqu'à guérison, c'est-à-dire pendant une quinzaine de jours.

CORRESPONDANCE

A propos d'un article sur la fièvre de Malte.

En réponse à la lettre de M. Cantaloube parue dans votre numéro du 28 mai, je me vois obligé de rectifier les points suivants :

1° Nous n'avons jamais prétendu, M. Lagriffoul et moi, avoir découvert la fièvre de Malte dans le Midi de la France. Ce mérite reviendrait plutôt à MM. A. Simond, Aubert, Blanchard et Arlo, qui ont signalé quelques cas autochtones observés à Marseille, bien avant qu'ait été publiée par MM. Aubert, Cantaloube et Thibault la première relation de l'épidémie de St-Martial. M. le professeur Chauffard a eu l'occasion, dès mai 1909, de porter le diagnostic de fièvre de Malte chez un malade originaire de Nîmes dont l'observation vient d'être publiée récemment.

Mais jusqu'à nos recherches on n'avait décrit que des cas isolés ou une épidémie locale. Nous avons pu par contre établir que *la fièvre de Malte* n'était pas limitée à telle grande ville, à tel petit village, mais *était fréquente* dans plusieurs départements du Midi : Hérault, Gard, Aude, Drôme, Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Var, Tarn, voire même à Lyon, *était endémique dans la région méridionale.*

Notre article du *Progrès médical* montre que cette endémicité n'est pas de date récente.

2° Nous comprenons d'autant moins la réclamation du Dr Cantaloube que celui-ci a tout le premier négligé de citer nos recherches dans ses articles du *Montpellier médical* et du *Journal des Praticiens.*

Nous avions eu cependant l'amabilité, dans notre première note à la Société de Biologie et dans notre revue générale de la *Gazette des Hôpitaux*, de redresser une assertion erronée qui s'était glissée dans la note même de ses collaborateurs à la Société de Biologie sur la façon dont avait été diagnostiquée l'épidémie de Saint-Martial.

Espérant que vous voudrez bien insérer cette réponse, je m'excuse, M. le rédacteur, d'abuser de l'hospitalité de vos colonnes.

Dr Henri Roger.
Chef de clinique à la Faculté de médecine
de Montpellier.

Paris, 29 mai 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 mai 1910.

Résection des veines affluentes de la crosse de la veine saphène interne. — M. R. *Robinson*.— Le sang n'ayant dans la saphène qu'une pression variable entre 0 et 3-4 cm. et, au contraire, d'après les mesures de l'auteur, une pression variable de 4-16 dans ses affluentes, ne pourra circuler que grâce à la parfaite suffisance des valvules. Dès que celles-ci fléchissent, la circulation ne peut s'effectuer physiologiquement.

Après résection des affluentes, entre deux ligatures, au voisinage de la crosse de la saphène, opération simple qui s'effectue sous l'anesthésie locale simple, l'auteur a obtenu chez trois sujets l'affaissement des grosses veines variqueuses, pendant l'intervention même, et même pendant la station debout prolongée permise au bout d'une semaine. C'est là un résultat intéressant quand on songe à l'impotence que créent parfois les varices étendues.

M. ***Hallopeau*** envoie une note sur des considérations générales sur l'évolution du tréponème pâle dans l'organisme humain. Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai 1910.

La chirurgie des aliénés.— M. *Schwartz* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. ***Picqué***, intitulé « *Méthode chirurgicale à employer en matière de médecine mentale* ».

Fonction vocale du voile du palais. — M. *Gariel* présente à l'Académie les observations recueillies par M. ***Glover*** au Conservatoire national de musique, sur la fonction vocale du voile du palais étudiée à l'aide des buées buccales et nasales enregistrées simultanément durant l'émission de la voix parlée et chantée.

Les buées fournies par l'émission des voyelles et des consonnes démontrent expérimentalement l'action du voile du palais dans le mécanisme de la production du timbre et de la nasalisation d'une voyelle primitivement brève, comme *ien*, *uin*, *ion*, *ian*, etc., caractéristique sonore de certains styles. Elles révèlent aussi l'intervention du voile dans la formation des voyelles isolées qui, durant une bonne émission, produisent toutes une buée buccale uniquement. Elles indiquent enfin le jeu du voile dans les syllabes et les diphtongues.

Election. — M. le Prof. ***Gaucher*** est nommé membre titulaire de l'Académie dans la section de pathologie médicale par 61 suffrages sur 68 votants. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mai 1910.

Contribution à l'étude de la syphilis familiale. Recherche à l'aide de la résection de Wassermann. — MM. ***Babinski et Barré.*** — La syphilis familiale est souvent latente et ne se manifeste que par les affections dites parasyphilitiques. La méningite chronique spécifique conjugale est plus fréquente qu'on ne croit, et la méningite spécifique étant rare relativement à la fréquence de la syphilis, on peut admettre que la syphilis conjugale est chose assez commune. Les recherches des auteurs par la réaction de Wassermann ont confirmé cette hypothèse. En principe, par conséquent, lorsqu'un des conjoints reconnaît avoir eu la syphilis ou en présente les stigmates, l'autre conjoint et les enfants devraient être soumis à l'épreuve du sérodiagnostic. On devrait aussi faire des recherches sur l'âge de la syphilis au moment du mariage. Au point de vue pratique, ces enquêtes permettraient de déterminer d'une façon rigoureuse le délai au-delà duquel la syphilis ne risque plus d'être transmissible.

Scarlatine grave. Mort rapide, lésions des capsules surrénales et du pancréas. — MM. ***L. Tixier et Troisier.*** — Fillette de 3 ans, scarlatine grave, mort rapide par accidents cardiovasculaires. Autopsie : absence complète de lésions de l'endo et du myocarde ; hémorrhagies massives des surrénales, pancréas très altéré. Donc, comme dans la diphtérie, les lésions des glandes vasculaires sanguines peuvent intervenir dans la pathogénie des troubles cardiovasculaires et de la mort rapide.

Réactions méningées frustes.—MM. ***Schneider, Sicre, Combe,*** rapportent les observations de six malades atteints de réactions méningées frustes. Examen du liquide céphalorachidien et hémoculture négatifs, méningocoque dans le rhinopharynx. Les réactions méningées peuvent donc être considérées comme relevant de l'imprégnation du système nerveux par la toxine méningoccique élaborée au niveau du pharynx. Prophylaxie nécessaire dans ce cas.

Erythème polymorphe (forme bulleuse) avec complications pleuropulmonaires et endocardiques.—MM. ***Teisssier et Schœffer*** rapportent cette observation intéressante par sa précision et sa complication endocardique : symptômes d'embarras gastrique, douleurs arthralgiques, angine, pharyngite, fièvre, albuminurie, érythème généralisé polymorphe douloureux à poussées bulleuses puis maculopapuleuses.

Deux cas de leucémie myéloïde aiguë. — MM. ***Vaquez et Foy*** rapportent la clinique et les résultats de l'examen hématologique des deux cas : hypoglobulie intense fragilité globulaire, leucopénie, bouleversement de l'équilibre leucocytaire, existence de cellules intermédiaires aux gros mononucléaires et aux myélocytes proprement dits.

Eléphantiasis tuberculeux. — M. ***Carnot*** rapporte cette observation : femme de 55 ans, qui a fait depuis l'âge de 3 ans une série d'accidents tuberculeux, aux quels elle a survécu. Elle a contaminé son mari, qui est mort, et est actuellement, atteinte d'un éléphantiasis énorme dû à la compression des vaisseaux lymphatiques par d'énormes masses ganglionnaires.

Séquelles psychiques de la méningite cérébrospinale épidémique. — MM. ***Voisin*** et ***Paisseau*** ont pu suivre onze enfants guéris par la sérothérapie. Trois sont complètement guéris, deux présentent des séquelles somatiques, six des troubles psychiques plus ou moins marqués. Ces troubles psychiques apparurent plus ou moins longtemps après la guérison et il s'agit évidemment d'un processus cicatriciel. Le pronostic de ces accidents est réservé et il est à craindre que certains de ces enfants ne restent des anormaux intellectuels. La fréquence de ces séquelles ne doit pas faire incriminer l'action du sérum. Elles apparaissent peu fréquentes parce que la sérothérapie donne peu de guérisons dans les cas graves.

Notes et observations sur 129 cas de diabète.— M. ***Verdalle*** résume et analyse les observations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1910

La greffe par transplantation veineuse. — M. ***Tuffier.*** — J'ai fait récemment un essai de greffe par la méthode de Tanton que j'ai appliquée non plus à une urétroplastie mais à une urétéroplastie.

En pratiquant une hystérectomie abdominale pour cancer utérin j'ai, sans m'en apercevoir, blessé l'uretère et il s'est formé une fistule urétéro-vaginale. Je ne pus rouvrir le ventre tout de suite parce qu'une application de teinture d'iode faite lors de la première intervention, avait fait vésicatoire et provoqué une suppuration de la paroi. Ce n'est donc que beaucoup plus tard que je pus réopérer la malade.

Je trouvai l'uretère épaissi, infecté et en si mauvais état que je fus contraint de réséquer toute sa portion pelvienne. Pour le reconstituer je prélevai un segment de la saphène que je suturai d'une part à l'extrémité sectionnée de l'uretère, d'autre part à la vessie.

Malheureusement ma malade mourut le 4e jour, de péritonite.

Rupture traumatique de la rate. — M. ***Potherat*** présente un rapport sur une observation communiquée à la Société par M. ***Wiart*** et ayant trait à un jeune homme qui, dans une chute d'une hauteur de 2 mètres, était tombé sur une grosse pierre qui avait contusionné l'abdomen. Apporté à l'hôpital il y était arrivé avec tous les signes d'une hémorragie interne.

Les urines ne contenaient pas de sang et, en raison du point où avait surtout porté le choc, M. Potherat porta le diagnostic de rupture de la rate. Mais le blessé refusa toute intervention. Ce n'est que le soir, vers 9 heures, qu'il consentit enfin à se laisser opérer. M. Wiart le trouva en très mauvais état avec un pouls filant, une pâleur extrême. Il pratiqua rapidement une laparotomie verticale latérale avec incision horizontale supérieure d'élargissement. Le ventre était rempli de sang et de caillots. La rate était fissurée. Il en pratiqua l'exérèse.

Le malade guérit après avoir eu un peu de suppuration de la paroi suivie d'une hernie de l'épiploon qui nécessita une réfection secondaire.

M. Potherat approuve la conduite de M. Wiart, car la splénectomie lui paraît plus rapide et plus sûre que le tamponnement ou la suture, bien que la mortalité en soit encore élevée (50 p. 100).

M ***Auvray.*** — La rupture de la rate est ordinairement due à un écrasement direct entre l'agent vulnérant et la colonne vertébrale. La rupture par éclatement par suite du reflux brusque du sang dans les vaisseaux spléniques provoqué par la compression abdominale me paraît devoir être exceptionnelle.

M. ***Mauclaire.*** — J'ai observé un cas de rupture de la rate chez un sujet qui avait eu le ventre fortement comprimé entre la voiture automobile et un mur. Le blessé succomba à l'hémorragie malgré la laparotomie.

M. ***Savariaud.*** — Je rappelle à propos des voies d'accès sur la région splénique le jour considérable qu'on obtient en sectionnant simplement les cartilages costaux ainsi que je l'ai conseillé (laparotomie trans-chondro-costale).

M. ***Moty.*** — Il est bon de rappeler la facilité avec laquelle se rompent les rates des sujets atteints de splénomégalie paludique. Un simple coup de baguette sur le ventre, ou même une violente contraction musculaire, peuvent suffire à produire cette rupture.

Cancer du col consécutif à l'hystérectomie abdominale subtotale. — M. ***Chaput.*** — L'hystérectomie abdominale subtotale semble hâter l'apparition du cancer du col chez les sujets prédisposés. J'en ai pour ma part observé 5 cas certains et 2 cas probables sur 123 hystérectomies subtotales.

Il me paraît possible de prévenir, dans une certaine mesure du moins, ces dégénérescences cancéreuses du col par ce que j'appellerai la *stérilisation du col.* Pour la réaliser, j'excise tous les revêtements muqueux du canal cervical et du museau de tanche et j'enfouis ensuite le col dans le vagin.

M. ***J.-L. Faure.*** — Je crois que M. Chaput s'est trouvé en présence d'une série particulièrement malheureuse. Pour ma

part et sur le très grand nombre de subtotales que j'ai pratiquées, je n'ai vu qu'une seule fois survenir la dégénérescence cancéreuse du col. J'avoue ne pas comprendre pourquoi l'hystérectomie subtotale favoriserait le développement du cancer étant donné qu'on observe toujours au bout d'un certain temps une atrophie plus ou moins marquée du moignon. Je ne vois rien qui puisse autoriser cette supposition. Je reste donc partisan de la subtotale et jusqu'à nouvel ordre je ne suis pas disposé à la compliquer par la nouvelle opération que nous propose M. Chaput.

M. **Ricard**. — Sur plusieurs centaines de subtotales que j'ai faites, je n'ai jamais vu de cancer du moignon cervical.

M. **Delbet**. — Je ne pratique plus guère que l'hystérectomie totale; mais j'ai fait autrefois un grand nombre de subtotales et n'ai jamais assisté à la dégénérescence cancéreuse du col. Par contre, j'ai vu récemment une malade qui, opérée 4 mois auparavant par hystérectomie totale d'un volumineux fibrome, fut prise brusquement et sans aucun prodrome d'une formidable hémorragie. L'examen me révéla qu'il s'agissait d'un épithélioma bourgeonnant qui remplissait tout le fond du vagin. Mais à mon avis il n'y a là qu'une coïncidence malheureuse et pas de rapport étiologique avec l'opération antérieure.

M. **Quénu**. — Je ne suis pas de cet avis. C'est là un exemple de l'affinité particulière du cancer pour les tissus de cicatrice. Mais je crois que dans tous les cas, qu'il s'agisse de dégénérescence maligne du col après une subtotale ou de cancer du vagin après une totale (et j'en ai pour ma part observé 2 cas), c'est sur la cicatrice opératoire et non sur la muqueuse que se développe la néoplasie. Dans un des deux cas la chose était particulièrement nette.

Présentation de malades. — M. **Kirmisson** présente un jeune garçon de 14 ans qui présente à la partie antéro-externe de la cuisse un placard variqueux énorme. Il s'agit probablement de varices congénitales.

M. **Tuffier** présente un malade auquel il a fait avec succès une résection thoracique étendue pour ostéosarcome des côtes.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 27 mai 1910.

Intervention pour invagination intestinale chez un enfant de 4 mois. — M. **Le Bec** fut appelé le 2? décembre 1900 près d'un enfant de 4 mois et demi atteint d'invagination intestinale aiguë depuis 3 jours. On sentait une tumeur cylindrique allongée dans la fosse iliaque gauche et, par le toucher rectal, on percevait l'extrémité du boudin invaginé. Les parents et le médecin traitant étant opposés à une intervention, M. Le Bec pratiqua un massage léger puis fit donner un petit lavement électrique. N'ayant obtenu aucun succès par ces manœuvres et l'état s'étant aggravé, l'opération fut pratiquée le soir du 4e jour, après injection sous-cutanée de 400 gr. de sérum artificiel.

Après laparotomie latérale gauche, M. Le Bec put désinvaginer le boudin, qui était long de 15 centimètres et comprenait la terminaison du grêle, le cæcum, le côlon ascendant et la moitié du transverse. Trois petites déchirures intestinales furent suturées. Guérison qui se maintient encore à l'heure actuelle.

Traitement des ostéosarcomes des membres par la résection parostale suivie de greffe osseuse réparatrice. — M. **Alphonse Huguier** rapporte l'observation détaillée d'une malade de 28 ans qu'il opéra le 17 mars dernier. Elle était atteinte d'un ostéosarcome siégeant à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du *cubitus gauche*. L'os était presque complètement détruit sur une hauteur de 5 centimètres.

M. Huguier fit une *résection parostale large*, enlevant en bloc l'os, la tumeur et les muscles voisins. Puis, pour réparer la perte de substance osseuse, l'auteur préleva sur le péroné gauche de la malade un segment osseux long de 11 centimètres, mais ce fragment fut projeté à terre par suite d'une échappade de l'écarteur qui partageait les chairs. M. Huguier prit alors un fragment analogue sur le *péroné droit* et le sutura aux deux portions restantes du cubitus. Le résultat fonctionnel est absolument remarquable. La malade se sert de sa main aussi bien qu'autrefois et la marche n'est nullement gênée.

M. **Huguier** fait suivre son observation d'une étude très complète des indications du traitement conservateur dans les ostéosarcomes des membres et des greffes osseuses destinées à rétablir la continuité du squelette après les résections. Ce travail est basé sur 20 observations de *greffes osseuses homo ou autoplastiques*. Dans ces 20 cas, les transplants, qui avaient presque tous été pris sur des tibias ou des péronés, ont été bien supportés et se sont greffés. Souvent, ils ont augmenté d'épaisseur et se sont soudés par des cals solides. Dans un certain nombre de cas, les résultats fonctionnels ont été absolument remarquables.

M. Huguier insiste sur la *nécessité absolue de greffer*, en même temps que l'os, le *périoste* qui le recouvre, car c'est le périoste seul qui continue à vivre et qui forme de l'os nouveau autour du transplant osseux qui, lui, meurt et se résorbe.

L'auteur pense que le *greffon doit être pris* de préférence sur le *péroné du malade*. L'ablation d'une portion même étendue de la diaphyse de cet os, voire même des deux côtés, ne gênant en rien la marche ainsi que le prouve son observation.

Greffe musculaire pour combler une cavité osseuse. — M. Alphonse **Huguier** présente un malade de 20 ans atteint d'ostéomyélite fistuleuse de l'extrémité inférieure du fémur sur lequel il combla la cavité, grosse comme une noix, résultant de l'évidement, par un *lambeau musculaire pédiculé* long de 6 cm., large de 3, qu'il tailla sur le *muscle quadriceps crural*. Malgré une suppuration assez abondante, la greffe continua à vivre et la plaie était complètement fermée 2 mois après l'opération.

M. Huguier ayant échoué, dans deux autres cas avec des greffes homoplastiques prises l'une sur les muscles du mollet d'une jambe qu'il venait d'amputer, l'autre sur le grand épiploon d'une femme qu'il avait laparotomisée, c'est ce qui lui donna l'idée d'essayer la greffe d'un lambeau musculaire rattaché au corps charnu par un pédicule.

Présentations. — M. **Péraire** présente : 1° *un pied bot varus équin* guéri par le dédoublement et la suture du tendon d'Achille suivi d'une tarsectomie large. Il insiste sur l'inutilité des résections économiques en pareil cas, des appareils inamovibles et des sections tendineuses ; 2° *un varicocèle bilatéral traité par le procédé de Longuet* (orchidopexie et phlébopexie par transposition testiculaire supéro-interne extra-séreuse).

M. **Dupuy de Frenelle** présente une malade qui, à la suite d'une brûlure profonde présentait une cicatrice rétractile de la main et des doigts renversés en arrière par rétraction de la peau.

Après ablation de la cicatrice, dissection des tendons extenseurs, il a fait une large greffe italienne aux dépens de la peau du flanc. Actuellement, la malade a recouvré l'intégrité des mouvements des doigs.

M. **Leuret** présente une bague qui était incrustée sous la peau d'un doigt et qui donnait à l'annulaire l'apparence d'un spina ventosa.

A. Huguier.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 23 mai 1910. — Présidence de M. Ritti.

Apraxie unilatérale. Présentation de malade. — M **Truelle** montre à la Société une femme de 56 ans présentant, à la suite d'ictus, une apraxie de forme dite idéo motrice, limitée au membre supérieur gauche. Pas de troubles moteurs autres qu'un syndrome pseudo-bulbaire très atténué avec paraplégie spasmodique légère. Aphasie à forme sensorielle (alexie avec agraphie) ; hémianopsie gauche. Ictus amnésique ancien, pas de démence globale ; troubles de l'attention ; persévération verbale et motrice. Hyperkinésie réflexe. Légers troubles de la sensibilité, agnosie tactile gauche.

Paralysie générale conjugale. Présentation de deux malades. — M. **Leroy** presente deux malades : le mari atteint de tabès depuis le commencement de 1909, la femme atteinte de paralysie générale depuis 1910. Le mari avait contracté la syphilis en 1900 et avait contaminé sa femme à la même époque ; celle-ci n'avait eu que des accidents très discrets. Le ménage avait suivi un traitement mercuriel pendant 5 à 6 ans.

Dégénérescence mentale avec obsessions, impulsions au vol, tendance au suicide. Présentation de deux malades. — M. *Fillassier* présente deux malades, l'une atteinte de dégénérescence mentale avec alcoolisme, tendance au suicide, à l'homicide sous l'empire d'une idée délirante.

Cette dégénérée fit quelques excès de boisson et un délire alcoolique, puis celui-ci s'effaça, et sur ce terrain évolua un délire de mélancolie avec auto-accusation, tentative de suicide et tentatives répétées d'homicide sur la personne de son enfant.

L'autre, dégénérée également, présenta de la dépression mélancolique avec ébauches d'obsessions et d'impulsions, vols aux étalages ; elle fit une tentative de suicide par asphyxie.

Drainage lombaire des espaces arachnoïdiens. Présentation d'instrument. — M. *Le Filliatre* présente un appareil à drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien permettant d'évacuer, d'injecter ou de laver les espaces arachnoïdiens. Cet appareil est admirablement supporté par le malade. A ce sujet, M. Le Filliatre rapporte une observation du Dr Gorse (de Villiers-sur-Marne), qui a eu l'occasion d'appliquer cet appareil pendant onze jours, jusqu'à guérison, chez un enfant de sa clientèle atteint de méningite cérébro spinale. Cet appareil rend de grands services dans tous les cas où il y aura indications essentielles d'évacuations répétées ou continues (hydrocéphalie, tumeurs cérébrales, etc.).

M. *Vigouroux* demande à M. Le Filliatre quel avantage il trouve à laisser son appareil en place plutôt que de pratiquer plusieurs ponctions successives.

M. *Le Filliatre* répond que l'opération de la ponction lombaire, toute insignifiante qu'elle puisse paraître, constitue cependant une opération véritable, réclamant les mêmes conditions d'antisepsie que les autres. Beaucoup de médecins ne savent pas la pratiquer.

Son appareil présente cet avantage de nécessiter une seule ponction, la canule pouvant être laissée en place pendant plusieurs jours sans inconvénients. Il n'a jamais eu de cas d'infection.

Un cas de mort par perforation intestinale chez un dément paralytique. Présentation de pièces. — MM. *Vigouroux* et *Fourmaux* présentent une perforation du gros intestin survenue chez un paralytique général qui avait ingéré des cailloux et des morceaux de verre. Ils notent la rareté des accidents de ce genre à côté de la fréquence des ingestions d'objets indigestes par les déments en même temps que l'anomalie des réactions péritonéales qu'a eues le malade.

Sarcome angiolithique comprimant le bulbe. Présentation de pièces. — MM. *Pactet*, *Vigouroux* et *Bourilhet* présentent des tumeurs fibrosarcomateuses développées à la face inférieure du bulbe d'un paralytique général mort d'asphyxie. Une des tumeurs est nettement du sarcome angiolithique, l'autre du fibro sarcome. Aucun symptôme de tumeur cérébrale n'a été noté.

Maladie de Paget ; Présentation de pièces. — M. A. *Marie*, de Villejuif présente à la Société les pièces osseuses d'un crâne d'aliéné atteint de maladie de Paget. Il s'agissait d'un dément sénile organique par hémiplégie gauche de nature probablement spécifique (syphilis avouée).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mai 1910. — Présidence de M. Cayla, vice-président.

Des ostéomes (*Suite*). — M. *Albert Mouchet*, à propos d'une communication de M. Dabout, insiste sur le peu de visibilité aux rayons X de certains ostéomes musculaires, sur la pathogénie variée des ostéomes suivant les cas, sur la prudence extrême qu'on doit apporter au massage et à la mobilisation lorsqu'il s'agit d'ostéomes du coude chez les enfants.

Ozène et gymnastique respiratoire. — M. *Marcel Nattier*. — Un enfant de 8 ans, atteint d'ozène, avait subi dans son développement général un retard dont il paraissait juste d'attribuer le début à une dysenterie grave survenue à l'âge de 6 mois. Il fut entièrement transformé par la pratique d'exercices respiratoires. En effet, à la fin d'une cure de 4 mois, le poids avait augmenté de 5 kg. 210 ; le périmètre thoracique de 8 à 10 centim. et la taille de 0 m. 021. Parallèlement, s'atténuèrent l'odeur repoussante de la punaisie et les autres symptômes caractéristiques de cette infirmité contre lesquels avait été, à vrai dire, uniquement institué le traitement. Ce fait minutieusement étudié, dans ses détails, deux autres qu'il résume, joints à une série qu'il lui a été donné de suivre, engagent l'auteur à déclarer qu'on peut toujours rattacher originellement à un trouble grave de la santé générale l'ozène dit essentiel. Son apparition au cours de l'enfance s'explique aisément. A cette époque de l'existence, et par suite de circonstances diverses, l'organisme est parfois rendu très sensible à l'action nocive de certaines influences externes ou internes : de là les différentes directions imprimées à la constitution de l'être en formation. Même après une persistance de longue durée, l'ozène est susceptible de guérir en apparence spontanément, mais dans la réalité, à la suite de modifications profondes de l'organisme. Toutefois, ce sont là des cas exceptionnels ; ils ne sauraient dans la pratique entrer sérieusement en ligne de compte. Les moyens palliatifs sont d'une insuffisance notoire. La gymnastique respiratoire au contraire donne des résultats surprenants et incontestables. Ils sont dus au rétablissement de l'harmonie dans la symphonie glandulaire, avec régularisation consécutive des sécrétions internes et externes.

M. *Gustave Weil*. — Il ne paraît pas toujours possible d'affirmer un ozène idiopathique et d'éliminer la spécificité, car il y a l'hérédo-syphilis à laquelle il faut toujours penser, même en l'absence de tout symptôme spécifique et malgré même l'affirmation des ascendants. Il faut donc toujours commencer par un traitement spécifique d'épreuve qui, chacun le sait, ne présente aucun inconvénient.

M. *Marcel Nattier* se garde d'employer systématiquement un traitement spécifique pour tout malade atteint d'ozène.

M. *Georges Rosenthal* trouve l'observation de M. Marcel Nattier très importante parce qu'elle montre le retentissement indirect de la gymnastique respiratoire sur les processus morbides les plus variés. Mais il ne comprend pas pourquoi M. Marcel Nattier, chaque fois qu'il utilise la gymnastique respiratoire, a toujours tendance à supprimer les traitements locaux. Il doute que dans tous les cas d'ozène, cette suppression du traitement local soit sans inconvénient.

M. *Marcel Nattier* a écarté tout autre traitement intentionnellement afin qu'on ne puisse pas invoquer plusieurs causes aux résultats obtenus.

M. *Cayla*, après avoir remercié l'auteur de son intéressante communication, fait observer que l'ozène, qui avait été jusqu'ici l'opprobre de la thérapeutique, semble, au point de vue pathogénique, avoir fait un grand pas, et si tous les ozènes ne peuvent être rapportés à l'origine reconnue par M. Nattier, il faut admettre que, dans les cas cités, les résultats obtenus par notre collègue ont été remarquables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du vendredi 20 mai 1910.

Le Dr *Tarrius* relate l'observation d'un cas d'infection purulente, à la suite d'une chute, qui avait provoqué des lésions traumatiques du côté des organes génito-urinaires internes.

Le Dr Le *Filliâtre* étudie la méthode de rachianesthésie du Dr Jonesco, en montre la difficulté d'application et énumère les craintes que lui suggère cette méthode.

Le Dr *Aubry* parle du fonctionnement des services de chirurgie dans les hôpitaux d'Ecosse et d'Irlande, qu'il a eu l'occasion de visiter récemment.

Le Dr Le *Filliâtre* présente une pièce de grossesse tubaire, remontant à 2 semaines, ayant occasionné une hémorragie des plus graves. L'intervention opératoire rapide a permis d'obtenir la guérison.

Le Dr Le *Filliâtre* présente également plusieurs pièces anatomiques de perforation appendiculaire, à la suite d'abcès dus à des corps étrangers stercoraux ; ceux ci, d'ailleurs, causent la plupart des appendicites.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le pédicule vasculaire de la rate ;

Par G. PIQUAND,
Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

La disposition des vaisseaux spléniques à leur entrée dans la rate, très importante au point de vue de la chirurgie de cet organe, a cependant été peu étudiée : ayant eu, à propos d'un travail sur le tronc cœliaque, l'occasion d'injecter et d'examiner ces vaisseaux sur un certain nombre de sujets, il nous a paru intéressant de nous efforcer de préciser sur quelques points les notions classiques.

Le pédicule de la rate est formé essentiellement par les branches de l'artère et de la veine spléniques accompagnées de vaisseaux lymphatiques et de nerfs, et logées entre les feuillets péritonéaux qui constituent l'épiploon pancréatico-splénique. Chacun de ces organes mérite d'être étudié isolément.

1° Artère splénique. — L'artère splénique, très volumineuse (4 à 6 mm. de diamètre), provient du tronc cœliaque ; exceptionnellement elle peut se détacher de l'aorte ou de la mésentérique supérieure ; à partir de son origine, l'artère se porte obliquement en bas et à gauche sur une longueur de quelques centimètres et descend derrière le pancréas, puis, changeant de direction, elle remonte obliquement en haut et à gauche jusqu'au bord supérieur du pancréas, qu'elle atteint à peu près à l'union de son tiers moyen et de son tiers gauche; là elle change de nouveau de direction pour se porter en bas, à gauche et un peu en avant jusque vers le hile de la rate, où elle se termine. Dans son ensemble, l'artère décrit deux courbes : la première à concavité supérieure, la deuxième à concavité inférieure. Les auteurs classiques donnent à l'artère splénique une direction notablement différente et lui font décrire un grand nombre de flexuosités irrégulières. Cette disposition peut exister, mais elle est assez rare et ne se rencontre que sur les sujets âgés, et même dans ces cas la première portion de l'artère est toujours à peu près droite, la deuxième portion seulement décrivant des flexuosités.

L'artère splénique présente ainsi à considérer deux portions : l'une rétro, l'autre pré-pancréatique ; dans cette deuxième portion, qui seule nous intéresse ici, l'artère croise le bord supérieur du pancréas, puis se dirige obliquement en bas et à gauche et s'engage entre les deux lames de l'épiploon pancréatico-splénique où elle se divise en ses branches terminales.

Avant de se diviser, la splénique fournit constamment plusieurs collatérales destinées au pancréas, à l'estomac et à la rate; de plus dans un certain nombre de cas, elle fournit l'artère gastro-épiploïque gauche.

La plupart des auteurs ne décrivent aucune branche se détachant de la splénique avant sa bifurcation pour se porter à la rate ; cependant Bourgery et Jacob, Bonamy et Broca, Testut, sans la mentionner dans le texte, représentent sur leurs figures une artère partant du tronc de la splénique pour atteindre l'extrémité supérieure de la rate ; tout récemment, Pigache et Worms ont décrit sous le nom d'artère polaire supérieure de la rate ce vaisseau qu'ils ont trouvé 21 fois sur 32 sujets. D'après nos recherches, cette artère du pôle supérieur de la rate est beaucoup plus constante (8 fois sur 10) et peut présenter deux dispositions.

a) L'artère splénique, au point où elle croise le bord supérieur du pancréas, donne naissance à une branche volumineuse (artère gastrique postérieure) qui se dirige d'arrière en avant et de gauche à droite vers la face postérieure de l'estomac ; là elle se divise en 3 ou 4 rameaux, dont l'un se porte vers la gauche, s'insinue dans la partie supérieure de l'épiploon gastro-splénique et arrive jusqu'à l'extrémité supérieure de la rate à laquelle il se distribue. Le plus souvent, ce rameau reste très frêle ; parfois cependant il est assez volumineux pour qu'on doive s'en préoccuper lors de l'hémostase en cas de splénectomie (figures 1 et 5).

Lorsque ce rameau de l'artère gastrique postérieure est ainsi développé, l'artère splénique ne fournit aucune autre branche au pôle supérieur de la rate, mais lorsque ce rameau est très grêle ou n'existe pas, on trouve presque toujours une autre artère qui se détache de la portion pré-pancréatique de la splénique, traverse obliquement la partie supérieure de l'épiploon pancréatico-splénique et atteint l'extrémité supérieure de la rate après un trajet de 5 à 6 centimètres ; arrivée là, elle se divise en 3 ou 4 rameaux qui pénètrent dans le tissu splénique après avoir fourni quelques artérioles qui se recourbent pour se porter à la face postérieure de la grosse tubérosité de l'estomac (Figures 2, 3 et 4).

Quel que soit son mode d'origine, cette artère splénique supérieure, non signalée dans les traités classiques, est susceptible dans certains cas de prendre un développement considérable, au point que la splénique semble se bifurquer prématurément, et que la rate paraisse avoir deux pédicules vasculaires, l'un supérieur et l'autre inférieur.

Presque tous les auteurs classiques disent que la gastro-épiploïque gauche se détache du tronc de la splénique ; pour Assolant et pour Picou, l'artère splénique, à quelques millimètres du hile de la rate, se divise en deux branches à peu près égales : la gastro-épiploïque gauche et la splénique proprement dite ; seuls Bichat, Cruveilhier, Pigache et Worms disent que la gastro-épiploïque, tout en se détachant ordinairement du tronc de la splénique, peut aussi provenir d'une de ses branches : c'est cette dernière disposition qui nous paraît de beaucoup la plus fréquente. En effet, dans la grande majorité des cas nous avons vu la gastro-épiploïque fournie par la branche inférieure de la splénique, celle-ci donnant 2 ou 3 rameaux à l'extrémité inférieure de la rate, puis se recourbant pour se porter vers la grande courbure de l'estomac ; beaucoup plus rarement (1 à 2 cas sur 10) et seulement dans les cas de division très tardive de la splénique, nous avons vu la gastro-épiploïque se détacher du tronc même de l'artère, toujours très près de sa bifurcation (Figure 3).

Quelquefois (1 cas sur 6 ou 7), l'artère gastro-épiploïque est remplacée par deux artères, l'une destinée à l'estomac et à la partie avoisinante de l'épiploon et présentant le trajet habituel de la gastro-épiploïque, l'autre destinée exclusivement à l'épiploon (artère épiploïque gauche de Haller) et descendant presque verticalement vers le bord inférieur de l'épiploon ; dans ces cas de dédoublement, la branche gastrique et la branche épiploïque naissent soit toutes les deux de la division inférieure de la splénique, soit l'une de cette division et l'autre du tronc primitif de l'artère.

L'artère splénique se divise en ses branches terminales à un niveau très variable permettant de distinguer les deux modalités de division précoce et de division tardive :

1° La division précoce est la plus fréquente (deux cas sur trois environ), elle siège de 2 à 6 centimètres à droite du hile de la rate, et peut présenter deux dispositions principales.

a) L'artère splénique se divise en 2 ou 3 branches qui se portent vers le hile en s'écartant et en se subdivisant progressivement pour former 10 à 12 rameaux qui pénètrent dans les fossettes vasculaires de la rate : la branche la plus basse, toujours volumineuse, se continue avec la gastro-épiploïque gauche, les autres donnent naissance à des rameaux courts, de nombre variable, destinés à l'estomac.

b) La deuxième disposition s'observe surtout en cas de division très précoce : dans ce cas l'artère splénique se partage en deux branches qui restent à peu près accolées sur une longueur de 2 à 4 centimètres sans fournir aucune collatérale ; la branche inférieure, ordinairement moins volumineuse, se porte en bas et à gauche, fournit deux ou trois rameaux, les uns antérieurs et les autres postérieurs destinés au pôle inférieur de la rate puis se continue avec la gastro-épiploïque gauche ; la branche supérieure, toujours très grosse, semble souvent la continuation du tronc de la splénique ; dans son premier segment elle décrit presque toujours une ou plusieurs flexuosités qui l'éloignent puis la rapprochent de la branche inférieure ; arrivée près de la rate, elle se porte franchement

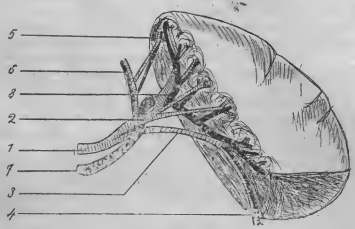


Fig. 1. — L'artère splénique (1) se divise précocement en deux branches (2 et 3) qui restent accolées sur une longueur de 25 mm. environ, puis s'écartent et se divisent en plusieurs branches secondaires.

La branche inférieure semble se continuer avec la gastro-épiploïque gauche (4). L'artère destinée au pôle supérieur de la rate (5) naît par un tronc commun avec l'artère gastrique postérieure.

La veine splénique (7) est d'abord placée au-dessous de l'artère, croise sa face profonde un peu à gauche de sa bifurcation, puis elle décrit une courbe qui l'amène sous le bouquet d'artères destinées à la moitié supérieure de la rate, et se divise en deux branches : l'une ascendante, placée au devant (8), l'autre descendante placée en arrière des artères correspondantes (9).

Le pédicule splénique très allongé s'étend sur presque toute la hauteur de la face interne de la rate, mais à 25 mm. en dedans de l'aorte ce pédicule est réduit à une grosse veine et à deux artères accolées, plus les vaisseaux polaires supérieurs.

en haut et un peu en arrière formant une sorte d'arcade parallèle au hile d'où se détachent à angle droit de 4 à 6 branches qui se subdivisent de nouveau au moment de pénétrer dans la rate (Fig. 2).

En cas de division tardive (1 cas sur 3), la splénique se bifurque très près de la rate, en deux branches, l'une ascendante, l'autre descendante, qui se placent presque dans le prolongement l'une de l'autre, formant une arcade d'où se détachent à angle droit les rameaux spléniques. Presque constamment, la branche supérieure est plus volumineuse fournissant la plupart de ces rameaux ; la branche inférieure est beaucoup plus grêle, surtout lorsque la gastro-épiploïque s'est détachée du tronc de la splénique, et paraît alors une simple collatérale.

La disposition inverse, représentée comme normale par Sappey et par Constantinesco, et suivant laquelle la branche inférieure de la splénique beaucoup plus volumineuse semble la continuation de l'artère et fournit presque tous les rameaux destinés à la rate, est, croyons-nous, beaucoup plus rare ; nous ne l'avons en effet rencontrée qu'une seule fois, sur un sujet dont la branche supérieure de la splénique était extrêmement réduite, remplacée en grande partie par une artère polaire supérieure très développée (Fig. 4).

Dans deux cas nous avons également rencontré la disposition suivante : l'artère splénique fournissait la gastro-épiploïque gauche, et une artère peu volumineuse destinée au pôle inférieur de la rate, puis presque au contact du hile elle se divisait en deux branches à peu près égales destinées exclusivement à la partie moyenne du hile ;

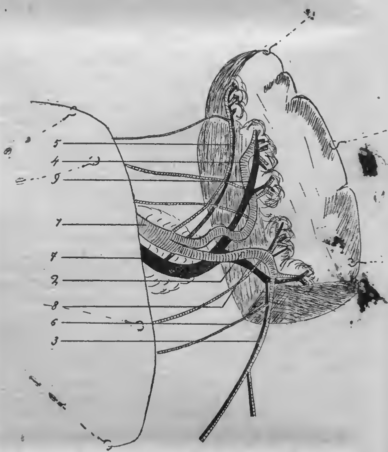


Fig. 2. — Division précoce de l'artère splénique. A plus de cinq centimètres du hile de la rate, l'artère splénique (1) se divise en deux branches : la branche inférieure (2) se porte à gauche et un peu en bas, fournit deux rameaux destinés au pôle inférieur de la rate et se continue avec l'artère gastro-épiploïque gauche (3) ; la branche supérieure (4) décrit des flexuosités qui l'éloignent, puis la rapprochent de la branche inférieure; arrivée près de la rate, elle se porte presque verticalement vers le haut en fournissant à angle droit plusieurs rameaux destinés à la rate. Immédiatement avant de se bifurquer, l'artère splénique donne une branche ascendante (5) qui va se distribuer au pôle supérieur de la rate après avoir fourni un rameau récurrent pour l'estomac.

La veine splénique (7) se divise à plus de deux centimètres à gauche de la bifurcation artérielle ; sa branche inférieure (8) croise la face profonde de l'artère correspondante et reste dans tout son trajet au dessous et en arrière d'elle, sauf au voisinage immédiat du hile où la plupart de ses rameaux terminaux passent au devant des rameaux artériels ; la branche veineuse supérieure (9) est d'abord en arrière, puis au devant de l'artère correspondante, l'artère s'enroulant presque en spirale autour de la veine.

l'artère du pôle supérieur de la rate provenait dans ces deux cas de la gastrique postérieure (Fig. 5).

Les vaisseaux courts qui se détachent des branches de la splénique pour se porter vers l'estomac sont extrêmement variables comme nombre et comme disposition. Presque toujours ces vaisseaux se détachent des branches de division, exceptionnellement du tronc même de la splénique ; ils se dirigent vers l'estomac en cheminant dans l'épaisseur du ligament gastro-splénique et sont d'autant plus longs qu'ils naissent plus bas ; les rameaux qui naissent des branches supérieures de la splénique ne dépassent ordinairement pas 3 à 4 centimètres, tandis que ceux qui viennent des dernières branches ont un trajet de 6 à 7 centimètres avant d'atteindre l'estomac. Sur les sujets que nous avons examinés, leur nombre variait de 2 à 7, le plus souvent 3 ou 4, et leur calibre était extrêmement variable, habituellement peu considérable (Fig. 3.)

2° *La disposition des veines de la rate* est à peu près calquée sur celle des artères, les veines émergentes, au nombre de 10 à 12, s'accolent aux rameaux artériels et se réunissent pour constituer le tronc de la splénique : tantôt ces veines forment des rameaux de deuxième puis de troisième ordre qui finalement aboutissent à 2 ou 3 veines dont l'union constitue la veine splénique; tantôt on trouve

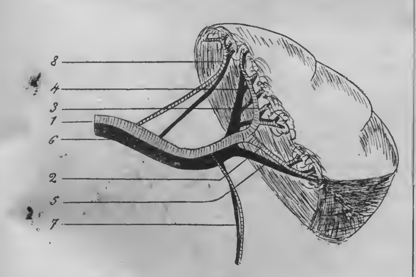


Fig. 3. — Division tardive de l'artère splénique.

(1) Artère splénique bifurquée très près du hile; (2) sa branche inférieure; (3) sa branche supérieure; (8) artère destinée au pôle supérieur de la rate et se détachant de la splénique 4 centimètres avant sa division ; (7) artère gastro-épiploïque gauche venant du tronc même de la splénique.

La bifurcation de la veine splénique (6) est située au-dessous et à droite de celle de l'artère, la branche veineuse inférieure (5) reste dans tout son trajet en arrière et au-dessous de l'artère, la branche veineuse supérieure (4) croise la face profonde de l'artère correspondante et reste dans presque tout son trajet en arrière et en dedans d'elle.

deux veines volumineuses, l'une supérieure, l'autre inférieure, dans lesquelles viennent s'aboucher les diverses branches qui proviennent de la rate. Dans la branche inférieure ou plus rarement dans le tronc même de la splénique, se jette la veine gastro-épiploïque gauche; les veines satellites de l'artère polaire supérieure, au nombre de 1 ou 2, viennent aboutir au tronc de la splénique, soit directement, soit par l'intermédiaire de la veine gastrique postérieure.

D'ordinaire les veines ont un trajet plus direct, moins sinueux que celui des artères. Quant aux rapports respectifs de ces vaisseaux, d'une façon générale la description classique suivant laquelle des artères sont situées au devant des veines est exacte pour les grosses branches, mais la disposition des rameaux terminaux à leur entrée dans la rate est extrêmement variable ; les rapports doivent donc être étudiés séparément pour les troncs principaux et pour les branches terminales.

La veine splénique, toujours située au-dessous de l'artère dans sa portion rétro-pancréatique, se porte très obliquement en haut et à gauche pour atteindre le bord supérieur du pancréas qu'elle croise à gauche de l'artère, presque toujours très près de l'épiploon pancréatico-splénique ; arrivée sur la face antérieure du pancréas, elle est d'abord située au-dessus de l'artère, puis elle croise sa face profonde près de sa bifurcation pour se placer en arrière et au-dessous, et se diviser à son tour en deux ou trois branches.

Ces rapports de la veine et de l'artère splénique ne sont pas absolument conformes aux descriptions classiques, suivant lesquelles la veine splénique est située dans toute son étendue au-dessous de l'artère, mais le trajet que nous venons d'indiquer, suivant lequel la veine croise le bord supérieur du pancréas à gauche de l'artère, et se place au-dessus de celle-ci, puis croise sa face profonde pour se placer en arrière et au-dessous, répond, croyons-nous, à la grande majorité des cas. Nous n'avons jamais observé la disposition classique type, mais sur quelques sujets nous avons vu la veine splénique rester derrière le pancréas jusqu'à l'extrémité de sa queue pour venir se placer ensuite derrière l'artère sans la croiser ; toutefois ce trajet, considéré comme normal par Cruveilhier, nous paraît beaucoup moins fréquent que celui que nous avons indiqué. Nous n'avons jamais observé non plus la disposition décrite par Sobotta et suivant laquelle la veine splénique dans toute son étendue est située au devant de l'artère. Cependant Pigache et Worms dans un cas ont également représenté cette disposition.

Les rapports des branches artérielles et veineuses sont assez variables suivant que la division artérielle est précoce ou tardive.

En cas de division artérielle précoce, la bifurcation de la veine est presque toujours située à gauche et en arrière de celle de l'artère : la branche veineuse inférieure croise presque immédiatement la face profonde de l'artère correspondante et reste dans tout son trajet au-dessous et en arrière d'elle, sauf au voisinage immédiat du hile, où ses rameaux terminaux passent souvent au devant des rameaux artériels ; la branche veineuse supérieure, au contraire, croise très souvent l'artère correspondante pour se placer au-devant d'elle ; lorsque cette artère décrit plusieurs sinuosités, il y a souvent deux croisements, l'artère s'enroulant en quelque sorte autour de la veine, d'abord en avant, puis au-dessous et enfin en arrière ; finalement la plupart des ramifications veineuses se trouvent placées au devant des branches artérielles à leur entrée dans le hile (Figure 2).

En cas de division artérielle tardive, la bifurcation de la veine est ordinairement située à droite et au-dessous de celle de l'artère, la branche veineuse inférieure s'accole à l'artère correspondante et reste dans tout son trajet au-dessous et en arrière d'elle ; la branche veineuse supérieure croise les artères inférieures en passant au-dessous ou plus rarement au-dessus d'elles puis s'accole à la branche artérielle supérieure et se place au devant des artères.

D'après cela nous voyons que presque toujours, en cas de division précoce (2|3 des cas), la plupart des veines sont situées en avant des artères à leur entrée dans la rate et que, même en cas de division artérielle tardive, cette disposition, bien que plus rare, peut encore se rencontrer :

cependant les auteurs classiques admettent tous que même au niveau du hile les veines sont placées en arrière des artères ; seuls Sabotta et Desjardin décrivent, comme nous l'avons déjà signalé, des veines placées au devant des artères dans toute leur étendue même au niveau des troncs d'origine ; Picou fait observer que dans quelques cas les artérioles les plus inférieures se placent en arrière ou au-dessous des veines correspondantes, mais il ne signale pas cette disposition pour les veines supérieures qui cependant nous paraissent la présenter beaucoup plus souvent. Par contre, Huschke, dans l'Encyclopédie d'anatomie, signale très nettement l'entrecroisement par suite duquel les veines spléniques, d'abord placées au-dessous et en arrière des artères, se trouvent ensuite au devant et au-dessus d'elles.

L'entrecroisement ou même l'enroulement de l'artère supérieure autour de la veine que nous avons décrit n'est signalé à notre connaissance par aucun auteur, mais il est représenté très nettement sur les planches de Bourgery et Jacob, et sur une de celles de Bonamy et Broca.

Les vaisseaux sanguins de la rate sont accompagnés de

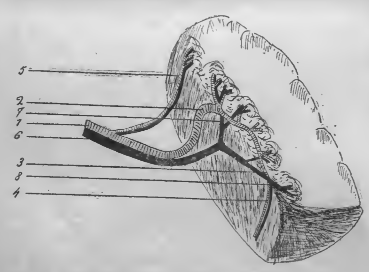


Fig. 4. — Disposition rare de l'artère splénique (1) qui se divise en deux branches, la branche supérieure (2) étant extrêmement courte, la branche inférieure (3) beaucoup plus longue descendant parallèlement au hile et fournissant presque tous les rameaux destinés à la rate.

(4) Artère gastro-épiploïque ; (5) volumineuse artère destinée au pôle supérieur de la rate et suppléant en partie la branche supérieure de la splénique.

(6) Veine splénique se divisant beaucoup plus bas que l'artère ; sa branche supérieure (7) se porte vers la rate en croisant la face postérieure de l'arcade artérielle ; ses rameaux, d'abord situés derrière les rameaux artériels les recouvrent pour se placer au-devant d'eux au moment de pénétrer dans le tissu splénique ; sa branche inférieure (8) se porte vers la rate en croisant la face antérieure de l'arcade artérielle.

vaisseaux lymphatiques sur le trajet desquels sont échelonnés de nombreux ganglions : la plupart des auteurs ne signalent aucun ganglion au niveau même du hile de la rate ; cependant Pigache et Worms ont trouvé dans un cas deux amas de ganglions, l'un au niveau de la partie moyenne du hile, l'autre au niveau du pôle supérieur de la rate. Plus à droite, au niveau de l'abouchement des vaisseaux gastro-épiploïques, on trouve à peu près constamment un groupe de ganglions bien décrits par Cunéo et où viennent aboutir les lymphatiques de la rate et surtout ceux de l'estomac. A ce groupe ganglionnaire fait suite une chaîne lymphatique de disposition variable, présentant ordinairement de 3 à 6 ganglions et qui se continue avec une chaîne plus importante située au-dessus et en arrière du pancréas le long de la veine splénique.

Les vaisseaux spléniques, surtout l'artère et ses branches, sont entourés par un lacis nerveux extrêmement riche provenant du plexus solaire et dont la dissection est ordinairement très difficile.

Le hile de la rate, c'est-à-dire la région au niveau de laquelle les vaisseaux et les nerfs que nous venons de décrire pénètrent dans l'organe, est situé sur la face gastrique à 10 ou 15 mm. du bord interne de la rate, auquel il est à peu près parallèle.

Si on examine ce hile après avoir sectionné le péritoine au ras de la rate et avoir enlevé les nombreux pelotons graisseux qui entourent les vaisseaux, on voit qu'il présente deux dispositions principales suivant que l'artère splénique se divise d'une façon précoce ou d'une façon tardive.

En cas de division précoce (2/3 des cas), les vaisseaux de la rate sont ordinairement divisés au niveau du hile en trois pédicules plus ou moins séparés :

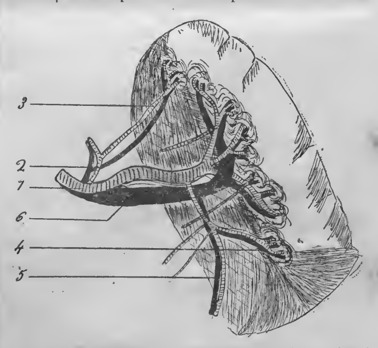


Fig. 5. — Disposition rare. L'artère splénique (1) au point où elle croise le bout supérieur du pancréas fournit une grosse artère gastrique postérieure (2), d'où part un volumineux rameau destiné à l'extrémité supérieure de la rate (3) ; plus loin, l'artère splénique fournit une branche destinée à l'extrémité inférieure de la rate (4) et d'où se détache l'artère gastro-épiploïque gauche (5) ; finalement, l'artère arrivée presque au contact de la rate se divise en trois branches destinées exclusivement à la partie moyenne du hile.

La face interne de la rate présente ainsi trois pédicules vasculaires séparés.

a) Le pédicule supérieur, ordinairement peu important, est formé par les vaisseaux destinés au pôle supérieur de la rate (artère et veine polaire supérieures) ; ces vaisseaux pénètrent dans la rate au-dessous et un peu en arrière du reste du hile, leur point de pénétration est habituellement marqué par une dépression allongée qui présente cinq à six petits orifices vasculaires disposés irrégulièrement, les orifices veineux étant toutefois presque toujours derrière les orifices artériels.

b) Le pédicule moyen, toujours le plus important, est formé par la branche supérieure des vaisseaux spléniques, ou, en cas de trifurcation, par la branche supérieure

et la branche moyenne ; il occupe toute la partie centrale de la rate sur une hauteur de 4 à 8 centimètres et marque son empreinte par une ou deux dépressions irrégulièrement allongées, creusées d'un grand nombre d'orifices vasculaires (10 à 15 en moyenne); parfois ces orifices sont tous disposés à peu près sur une même ligne, plus souvent ils sont placés irrégulièrement sur plusieurs plans, les orifices des veines étant habituellement en avant ou au-dessus de ceux des artères. Ce pédicule est ordinairement séparé du précédent par un intervalle assez étendu (3 à 6 cent.) au niveau duquel les feuillets péritonéaux ne sont séparés que par de la graisse sans aucun orifice vasculaire. Beaucoup plus rarement, les rameaux les plus élevés du pédicule moyen remontent jusqu'au niveau des vaisseaux polaires supérieurs et pénètrent dans la rate un peu en avant d'eux (Fig. 1) : dans ces cas l'extrémité supérieure du hile est très élargie et comme bifurquée.

c) Le pédicule inférieur est formé ordinairement par la branche inférieure de bifurcation des vaisseaux spléniques ; plus rarement cette branche appartient au pédicule moyen, et le pédicule inférieur, très grêle, est formé par un rameau venant du tronc de l'artère et de la veine splénique (Fig. 5.) Lorsque le pédicule inférieur est bien développé, il marque sa pénétration dans la rate par deux dépressions qui vont en divergeant : l'une en bas et en avant, l'autre en bas et en arrière, et qui renferment chacune plusieurs orifices vasculaires.

Assez souvent ce pédicule se prolonge par un ou deux vaisseaux qui ne pénètrent pas dans le hile, mais glissent à une certaine distance sous le péritoine ; souvent aussi ce pédicule est renforcé et allongé par un ou deux rameaux allant de la gastro-épiploïque ou de l'épiploïque gauche à l'extrémité inférieure de la rate. La distance qui le sépare du pédicule moyen est très variable ; toutefois, en cas de division précoce de l'artère splénique, il y a presque constamment un intervalle comblé par du tissu graisseux et séparant nettement les deux pédicules. L'indépendance du pédicule inférieur est beaucoup plus grande lorsqu'il est formé par une branche venant de la splénique avant sa bifurcation.

En cas de division tardive de l'artère splénique, le hile de la rate est toujours beaucoup moins étendu, les éléments des pédicules moyen et inférieur, ordinairement confondus, pénètrent dans la partie centrale de la rate au niveau d'une dépression souvent profonde mesurant 6 à 8 centimètres de longueur. Tantôt les orifices vasculaires sont disposés sans aucune régularité, tantôt, comme l'a montré Picou, ils se disposent assez régulièrement en deux rangées qui s'unissent aux deux extrémités du hile, et sont au contraire séparées par une certaine distance à la partie moyenne. L'extrémité inférieure de ce hile est souvent bifurquée ; quant à l'extrémité supérieure, elle est ordinairement séparée de la pénétration des vaisseaux polaires supérieurs par un très large intervalle.

Ainsi constitué, le hile de la rate forme sur la face interne de l'organe une surface allongée à contours très irrégulièrement dentelés, dont le grand axe est ordinairement parallèle au bord interne de la rate, plus rarement courbé, à concavité antérieure. En cas de division précoce des vaisseaux, cette surface mesure parfois toute la hauteur de la face interne de la rate, présentant trois élargissements qui répondent à chacun des pédicules, séparés par deux portions rétrécies qui répondent à l'intervalle séparant ces pédicules.

En cas de division tardive, le hile est ordinairement beaucoup moins allongé, répondant seulement à la partie moyenne de la face interne de la rate, et présente toute une série de dentelures répondant à la pénétration de chacun des groupes vasculaires ; sa partie inférieure est souvent bi ou même trifurquée.

A leur sortie du hile, les éléments du pédicule splénique sont placés entre les deux feuillets de l'épiploon pancréatico-splénique, entre lesquels ils convergent de façon à former une sorte d'éventail vasculaire dont la base répond au hile de la rate et le sommet au point où l'artère du pôle supérieur de la rate se détache de la splénique, c'est-à-dire à peu près au point ou cette artère croise le bord supérieur du pancréas. Le pédicule splénique mesure ainsi une longueur moyenne de 5 à 7 centimètres et peut se diviser en deux portions : une portion libre juxta-splénique, et une portion adhérente juxta-pancréatique.

La portion libre, extrêmement variable, mesure le plus souvent environ 3 centimètres, mais elle peut être très diminuée ou même complètement supprimée par suite d'accolement du méso pancréatico-splénique avec le péritoine pariétal, elle peut aussi être diminuée par l'union des deux méso gastro et pancréatico-splénique ; par contre, elle peut être très augmentée, soit par suite de défaut de soudure du méso pancréas primitif, soit par suite d'allongement secondaire des vaisseaux spléniques entraînant avec eux le péritoine voisin ; dans certains cas cet allongement peut être suffisant pour permettre la torsion ou des déplacements étendus de la rate.

La hauteur du pédicule splénique est également très variable, comme nous l'avons vu plus haut ; au niveau du hile, cette hauteur est ordinairement très considérable, mesurant parfois toute la longueur de la rate.

En cas de division tardive de l'artère splénique (1/3 des cas), cette hauteur diminue très rapidement, et à 2 ou 3 centimètres du hile le pédicule se trouve formé uniquement par l'artère et la veine splénique et par les vaisseaux du pôle supérieur souvent peu volumineux.

En cas de division tardive, la hauteur du pédicule diminue beaucoup plus lentement et peut rester considérable jusqu'à 5 ou 6 centimètres du hile, c'est-à-dire jusqu'au delà de la portion mobile du pédicule ; toutefois dans la plupart des cas les branches de division des vaisseaux spléniques restent accolées sans fournir de collatérales sur une certaine longueur, de sorte qu'à 2 ou 3 centimètres du hile, le pédicule se trouve réduit à deux grosses artères et à deux grosses veines plus les vaisseaux du pôle supérieur qu'on peut toujours lier isolément.

Ces diverses dispositions sont très importantes au point de vue chirurgical.

En cas de pédicule long et de vaisseaux à division tardive, la splénectomie est facile, car d'une part il est aisé d'attirer la rate hors de sa loge, et, d'autre part, on peut toujours facilement placer une ligature sur le tronc même de la splénique et compléter l'hémostase en liant isolément les vaisseaux polaires supérieurs.

En cas de pédicule court et de vaisseaux à division précoce, la splénectomie est au contraire difficile, car d'une part la rate est difficile à extérioriser, et d'autre part, on sera obligé de lier non l'artère splénique, mais un pédicule étalé en éventail mesurant 8 à 10 cent. de hauteur, et parfois même bien davantage en cas de tumeurs de la rate, puisque Vanverts signale des pédicules mesurant jusqu'à 25 et 30 cent. de hauteur : toutefois en raison de la disposition que nous avons signalée, dans un grand nombre de cas on ne sera pas obligé de prendre ce pédicule dans toute sa hauteur, mais on pourra lier soit ensemble, soit isolément, les deux branches de bifurcation de la splénique avant qu'elles aient fourni des collatérales.

Il est donc important de fixer autant que possible la

fréquence de ces diverses dispositions. En comparant les résultats de nos recherches avec ce qu'ont trouvé les auteurs qui ont signalé l'état du pédicule et le degré de mobilité de la rate au cours des splénectomies, nous trouvons :

1° Le pédicule de la rate chez l'adulte est long, c'est-à-dire mesure plus de 3 centimètres dans environ 6 cas sur 20, court, c'est-à-dire mesurant moins de 3 cent, dans environ 11 cas sur 20; dans 3 cas sur 20 il est complètement supprimé, de sorte que la rate est adhérente au niveau du hile ou même d'une partie de sa face rénale ;

2° Les vaisseaux spléniques présentent une division précoce dans les deux tiers des cas, mais les deux branches de bifurcation restent presque toujours assez longtemps sans fournir de collatérales en sorte que nous trouvons dans 7 cas sur 20 la division des vaisseaux spléniques (à l'exception de l'artère du pôle supérieur) commencer à moins de 25 mm. du hile, dans 9 cas sur 20 à 3 centimètres du hile, le pédicule est réduit à deux grosses artères, tantôt presque accolées, tantôt assez éloignées et accompagnées chacune d'une veine ; dans 4 cas seulement sur 20, l'épanouissement de l'éventail vasculaire commence à plus de 3 centimètres du hile de la rate.

Sur un cas de luxation latérale interne de l'index droit sur son métacarpien ;

Par le Dr H. LEFÈVRE,
Chef de clinique gynécologique à la Faculté de Bordeaux
ancien prosecteur de la Faculté.

Rares sont les luxations métacarpo-phalangiennes des doigts puisque Polaillon n'a pu en réunir que 26 dans son article du Dictionnaire encyclopédique. Plus rare encore est le cas que je rapporte ici.

Les auteurs qui ont étudié la question, Michelot, Polaillon, Stimson, Jalaguier, Fruchaud, Mesmet, Pichon, ne mentionnent que les luxations en avant et en arrière, ils sont muets au sujet des luxations latérales; et, en effet, il semble qu'elles soient anatomiquement impossibles, si l'on songe à l'étroitesse des espaces interosseux, aux liens puissants qui réunissent entre elles les têtes des quatre derniers métacarpiens, tout au plus pourrait-on émettre l'hypothèse de luxations latérales pour l'auriculaire et pour l'index, et encore ces luxations sembleraient ne pouvoir être qu'internes pour l'auriculaire, externes pour l'index, et pourtant dans le cas dont l'observation suit, c'est bien d'une luxation latérale interne de l'index dont il s'agit, la base de la phalange étant encastrée entre les têtes des deuxième et troisième métacarpiens; l'examen clinique: la radiographie ci-jointe le montrent indubitablement.

Fait heureux, la précision du malade dans la manière de raconter son accident nous a permis de saisir le mécanisme d'une telle lésion, et nous a permis de la reproduire sur le cadavre.

Luxation interne de l'index sur son métacarpien.

Obs. inédite. — Emile B., 34 ans, commissionnaire, vient au service des pansements externes de l'hôpital Saint-André le 15 janvier 1908 parce qu'il a fait une chute sur sa main droite, et que depuis l'accident, il ne peut se servir de son index.

L'accident est survenu le 14 janvier 1908 à 9 heures du matin : en descendant les escaliers, B. a glissé, est tombé à la renverse, et, pour amortir sa chute, il a instinctivement étendu en arrière son bras droit ; sa main droite a ainsi soutenu un instant tout le poids de son corps ; dans la chute, c'est le bord radial et la face palmaire de son index droit qui, heurtant le rebord d'une marche, ont supporté tout le poids ; le pouce étant écarté au maximum, pendait en dehors de la marche.

Il s'est relevé immédiatement, mais a ressenti une vive douleur au niveau de son index droit, en même temps il notait une déformation de ce doigt et une impotence fonctionnelle absolue.

A son arrivée, voici ce que l'on constatait :

L'index droit est raccourci d'un centimètre, le bout de ce arrive au niveau de l'articulation de la phalangine et de la phalangette du médius.

L'index est absolument accolé au médius, cet index a subi en même temps une rotation sur son axe, telle que sa face dorsale tend à devenir cubitale, et la face palmaire radiale.

L'espace interdigital de l'index et du médius qui, vu par la face palmaire, forme un espace triangulaire vide, à base carpienne et à sommet interdigital, les doigts étant rapprochés, est remplacé par une fente.

La saillie dorsale de la tête du métacarpien ne fait plus son relief normal.

La commissure du pouce et de l'index est élargie dans le sens antéro-postérieur.

Entre les téguments dorsaux et palmaires, normalement presque accolés à ce niveau dans l'abduction du pouce est venue se glisser une saillie volumineuse qui détermine cet élargissement antéro-postérieur.

Le pli de flexion de la phalange sur le métacarpien de l'index est plus profond que de coutume.

Par la palpation, on suit la face dorsale de la phalange de l'index accolée au médius ; arrivé à la base de cette phalange, au niveau du point ou doit se trouver la tête métacarpienne, le doigt, au lieu de rencontrer la saillie de cette tête, tombe dans un fossé formé par l'espace inter-osseux.

Le deuxième métacarpien palpé de son extrémité carpienne vers son extrémité digitale, on se rend compte qu'il n'a plus sa direction normale mais qu'il se dirige obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors pour aboutir au milieu de la commissure du pouce et de l'index.

La base de la phalange de l'index paraît ainsi comme enclavée entre les têtes des deuxième et troisième métacarpiens, elle ne forme aucun relief appréciable, soit sur la face palmaire, soit sur la face dorsale.

Le pouce étant placé à la face dorsale du deuxième espace inter-osseux et l'index à la face palmaire du même espace, on se rend facilement compte en essayant de rapprocher ces deux doigts que la phalange est calée entre les deux métacarpiens ; en arrière de cette phalange le pouce et l'index peuvent venir presque en contact séparés seulement par les parties molles.

Le malade ne peut ni étendre ni fléchir l'index ; les mouvements du pouce sont gênés.

En présence de ces symptômes nous pensons qu'il doit s'agir d'une luxation de l'index sur son métacarpien.

La radiographie confirme nos précisions.

Deux tentatives de réduction furent tentées, le malade éveillé, elles furent vaines.

Sous anesthésie chloroformique elle put être obtenue : Voici comment :

Pendant qu'un aide maintenait l'avant-bras et le poignet, de la main gauche je saisis l'index, exerçant sur lui une traction suivant son axe et lui imprimant un mouvement de rotation de dedans en dehors, pendant ce temps le pouce de la main droite appliqué sur la face externe de la tête du métacarpien repoussait cet os en dedans.

Ce n'est qu'à la deuxième tentative après des tractions énergiques qu'un claquement se fit entendre et que l'index reprenait une situation normale.

L'index fut immobilisé pendant 8 jours à l'aide de deux petites attelles dorsales et palmaires, puis mobilisé et massé régulièrement.

Trois mois après la réduction, le blessé conservait encore une certaine gêne dans les mouvements de flexion de l'index.

D'après l'observation ci-dessus rapportée, le mécanisme de cette luxation paraît nettement établi.

On peut dire d'abord que cette luxation est due à un traumatisme direct, voyons en effet ce qui s'est passé : dans la chute, la main était en pronation forcée, pouce en

abduction maxima, c'est le bord radial et la partie externe de la face palmaire de la phalange qui ont heurté le rebord de la marche d'escalier : que se passe-t-il si, dans une telle attitude, on applique le bord radial de son index sur le bord d'une table par exemple ? On voit nettement que l'index tend à être repoussé vers le médius en même temps qu'il subit une torsion d'avant en arrière et de dehors en dedans ; de plus il tend à faire avec son métacarpien un angle à sommet dirigé en dehors, par conséquent par ce seul mouvement le ligament latéral externe se trouve distendu.

Mais il y a plus : dans une telle attitude c'est le deuxième métacarpien qui supporte tout le poids du corps et sa tête tend à s'échapper par la partie externe de l'articulation.

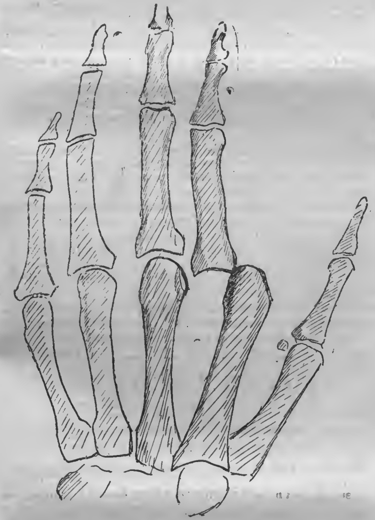


Fig. I. — Luxation latérale interne de l'index. (Décalque de la radiographie présentée à la Société d'anatomie de Bordeaux, le 2 mars 1910.)

En résumé, tiraillement du ligament latéral externe, par adduction et rotation de l'index, encore augmentée par la pression de la tête métacarpienne sur la face interne du ligament.

Si le ligament latéral externe vient à céder, la tête trouera facilement la capsule et le ligament glénoïdien ; sous l'influence des forces continuant à agir dans les mêmes directions, l'index viendra se coller au médius et à la face externe de la tête de son métacarpien, repoussant cet os en dedans.

Le deuxième métacarpien, n'ayant plus de brides le retenant en dehors a vite raison du ligament transverse qui l'unit à la tête du troisième métacarpien, d'autant plus que ce ligament a trouvé à résister à deux forces contraires, le 3e métacarpien le tiraillant en dedans, le deuxième en dehors ; sitôt ce ligament rompu, le deuxième métacarpien, libre d'entraves antérieures, s'écarte de son congénère interne et permet l'enclavement de la base de la phalange.

Le mécanisme semble donc être le suivant :

1° Adduction et rotation de l'index sur son axe ;
2° Rupture du ligament latéral externe ;
3° Issue de la tête métacarpienne à travers la capsule ;
4° Rupture du ligament transverse.

Par l'étude expérimentale sur le cadavre, nous avons pu une fois reproduire la luxation.

Pendant qu'un aide maintenait avec un davier le deuxième métacarpien en essayant de l'entraîner en bas et en dehors, j'imprimais à l'index un mouvement d'extension, de rotation en dedans et d'adduction.

Dans les premières tentatives aucun résultat ne put-être obtenu si ce n'est des déchirures de la peau.

L'index étant dépouillé de la peau et du tissu cellulaire, de nouvelles tentatives n'aboutirent qu'à la fracture de la phalange de l'index ; deux fois un tel résultat fut obtenu.

De nouveaux essais furent tentés encore sur un index dépouillé de la peau et du tissu cellulaire.

Dans le mouvement d'adduction, de rotation interne et d'extension, on sentait la tête du métacarpien venant faire saillie au-dessous du premier interosseux dorsal, le tendon de ce muscle étant entraîné sur la face dorsale du métacarpien.

Malgré des tractions énergiques à cause de la laxité des ligaments aucune déchirure des ligaments ne se produisit. La capsule fut alors incisée sur la tête métacarpienne au-dessous du tendon du premier interosseux dorsal ; aussitôt cette tête fit saillie à travers la boutonnière ainsi créée, et sous l'influence des efforts dirigés dans le sens ci-dessus indiqué, la phalange put être encastrée entre les têtes métacarpiennes.

Voici les lésions alors constatées :

Le ligament glénoïdien est désinséré de toute la face palmaire du deuxième métacarpien.

Le ligament latéral externe est rompu.

Le ligament latéral interne est conservé.

Le ligament glénoïdien, toujours inséré à la phalange, flotte à la région palmaire.

Le tendon du premier interosseux dorsal non rompu passe sur le dos du métacarpien de sorte que la tête de cet os fait saillie à travers une boutonnière dont la lèvre supérieure est formée par le tendon du premier interosseux dorsal, la lèvre inférieure par les tendons fléchisseurs.

Le deuxième métacarpien est séparé du troisième.

La base de la phalange de l'index, ayant subi une torsion de bas en haut et de dehors en dedans de 45° environ, se trouve enclavée entre les deux métacarpiens ; son tubercule externe est arrêté dans la gouttière interne très nette que présente la tête du deuxième métacarpien.

La base de la phalange ne peut être repoussée plus en arrière dans l'espace interosseux, le ligament latéral interne s'y opposant.

Des recherches effectuées dans la littérature médicale ne nous ont pas permis de trouver un cas semblable. Seule, une observation de Jalaguier publiée dans les *Archives de Médecine* de 1886, tome I, paraît se rapprocher de notre observation ; la voici résumée :

A. Quet'evillle, 11 ans, fit une chute contre un arbre le 26 juillet 1885 en courant très vite ; c'est les doigts étendus, qu'il

heurta l'arbre. Aussitôt il ressentit au niveau de son index droit une vive douleur et constata que cet index était redressé en hyperextension, plusieurs tentatives de réduction eurent lieu qui transformèrent cette attitude primitive.

Lorsque le malade vint consulter on constatait que la région de l'articulation métacarpophalangienne de l'index était déformée ; une saillie arrondie soulevait l'extrémité externe du pli palmaire moyen, la tête du métacarpien faisait à ce niveau une forte saillie palmaire, le bord externe de la main était augmenté dans le sens antéropostérieur.

Du côté dorsal, la phalange ne reposait pas exactement sur le dos du métacarpien, elle était déjetée du côté du médius, et avait tendance à se cacher dans l'espace interosseux en poussant en dehors la tête du métacarpien.

C'est que, dit Jalaguier, comme j'ai pu m'en convaincre, les tendons fléchisseurs étaient portés en dedans et la tête du métacarpien était sortie entre ces tendons et le premier interosseux dorsal.

Telle est la seule observation qui se rapproche de la nôtre ; cependant de nombreuses différences existent entre elles.

C'est ainsi que Jalaguier dit que l'axe du métacarpien et du doigt coïncidaient ; dans notre cas, rien de semblable, ces deux axes se croisaient en X.

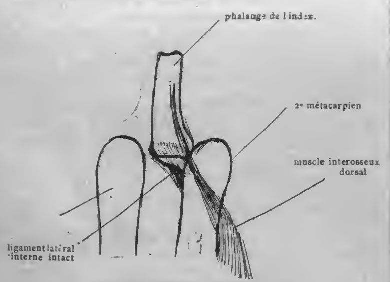


Fig. II. — Etat des parties luxées.

Chez le blessé de Jalaguier la tête métacarpienne faisait saillie à la face palmaire au niveau de l'extrémité externe du pli palmaire moyen ; la phalange reposait encore par sa base sur le dos du métacarpien puisque entre cette base et le dos du métacarpien était interposé, comme dans toute luxation dorsale complexe, le ligament glénoïdien cause d'irréductibilité.

Chez notre blessé, la tête du métacarpien était située à un centimètre en arrière de l'extrémité externe du pli palmaire moyen, elle était située en pleine commissure du pouce qu'elle épaississait, elle ne pouvait être rapprochée du médius. La phalange était située tout contre le médius, en dedans de la tête de son métacarpien que l'on sentait libre, elle était sur le même plan que lui.

Le ligament glénoïdien cause d'irréductibilité ne pouvait être interposé entre la phalange et le métacarpien ; notre étude expérimentale nous l'a démontré.

Enfin l'attitude du doigt dans le cas de Jalaguier était secondaire, dans le nôtre elle était primitive.

Pour réduire la luxation dorsale complexe qu'il a observée, Jalaguier a dû recourir à la méthode sanglante (section du ligament glénoïdien) après avoir en vain tenté le procédé de refoulement non sanglant du dit ligament par le procédé de Farabeuf.

Chez notre malade, la traction dans l'axe du doigt, aidée par le refoulement en dedans de la tête du métacarpien a suffi pour amener la réduction.

Ce simple fait à lui seul suffirait pour démontrer la nature particulière de cette luxation, car la réduction d'une luxation dorsale complexe par une telle manœuvre ne peut se concevoir, le ligament glénoïdien formant, dit Farabeuf, une barrière infranchissable à la réduction.

Au contraire dans le cas d'une luxation interne — et par là je n'entends pas parler d'une luxation dorsale interne (telle celle de Jalaguier) mais bien d'une luxation franchement latérale — la réduction par la manœuvre simple ci-dessus indiquée se conçoit aisément.

La capsule et les ligaments externes sont largement rompus, le ligament glénoïdien flotte à la face palmaire de la phalange; du côté interne il est toujours fixé au ligament transverse : le côté externe de la base de la phalange touche le côté interne de la tête du métacarpien ; que se passera-t-il si on vient à tirer dans l'axe et à refouler le métacarpien en dehors ?

La tête du métacarpien viendra s'offrir à la large déchirure capsulaire externe, le ligament glénoïdien flottant à la face palmaire de la phalange ne pourra s'interposer et la coaptation des surfaces articulaires se fera sans difficulté.

Somme toute, il n'y aura qu'à suivre avec le côté externe de la phalange les sinuosités de la tête métacarpienne.

De l'étude qui précède nous pouvons donc conclure que :

La division classique des luxations de l'index en luxation en avant, en luxation dorsale, est insuffisante.

Il faut y ajouter des luxations latérales.

Non seulement au point de vue clinique cette division s'impose, mais encore au point de vue thérapeutique et anatomo-phathologique : vu leur mécanisme, les lésions fibreuses et la situation des parties luxées. Il n'existe pas de causes d'irréductibilité primitive, et la réduction doit toujours pouvoir s'obtenir par une manœuvre simple consistant en traction dans l'axe et refoulement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La prophylaxie des piqûres anatomiques et le formolage péritonéal des cadavres.

A M. le Directeur de l'Assistance publique,

Monsieur le Directeur,

Je vous adresse cette requête parce que nous savons tous quelle sollicitude éclairée vous témoignez au Personnel médical de vos Hôpitaux et quel souci de l'hygiène publique vous apportez dans votre multiple tâche.

Or vous n'ignorez pas que, trop souvent, hélas ! surviennent, chez vos Internes, chez vos Externes, des accidents graves, parfois mortels, particulièrement navrants puisqu'ils saisissent, en quelques heures des jeunes gens pleins de santé à qui l'avenir souriait, et ce, pour une tâche scientifique certes, mais qui n'a ni la grandeur ni la beauté d'une contagion directe.

Les piqûres anatomiques ont fait déjà de nombreuses victimes : leur nom est parfois inscrit en lettres d'or sur le tableau commémoratif placé à la porte de nos Hôpitaux pour honorer les Victimes du Devoir ! Triste dédommagement pour les mères !

N'avons-nous pas vu, récemment encore, le fils d'un éminent Collègue des Hôpitaux, enlevé brutalement à l'affection des siens et à tout ce que lui promettait demain ?

Il y a quelques jours à peine, à Lariboisière, on disputait aux Parques un de nos plus brillants internes dont les lecteurs du *Progrès Médical* connaissent bien le talent. Demain, à l'improviste, ce sera quelque autre, parmi les meilleurs et les plus aimés de notre Famille médicale.

Ne serait-il vraiment pas temps de prendre des mesures efficaces pour éviter des catastrophes aussi terribles ?

Parmi ces mesures, je ne parlerai, ni de l'aménagement meilleur des salles d'autopsie, (qui devraient être, au moins, munies de tout ce qui est nécessaire pour une désinfection immédiate), ni des gants dont devrait être pourvu chaque opérateur. Mais je désire appeler l'attention sur l'efficacité d'une mesure tellement simple qu'il est véritablement étonnant qu'elle ne soit pas encore réglementairement appliquée, le *formolage des cadavres*.

Cette méthode consiste simplement à injecter, quelques heures après la mort, dans la cavité péritonéale, un litre environ d'une solution de formol à 4 %.

La solution, antiseptique et conservatrice, diffuse ainsi dans la cavité péritonéale : elle empêche considérablement la putréfaction et désinfecte, au moins en partie, les cadavres contagieux.

Cette mesure a toute une série d'avantages qu'il est presque superflu de faire valoir :

1° En premier lieu, elle empêche, dans une certaine mesure, la diffusion de micro-organismes dangereux. La désinfection des cadavres n'est-elle pas autrement utile que celle des vêtements ou des murs ?

2° En second lieu, elle évite, pour une très large part, les accidents d'autopsie (piqûres anatomiques, tubercules anatomiques, etc.). Ne sait-on pas, par exemple, qu'à l'Ecole pratique, les cadavres, injectés avec un antiseptique, ne provoquent jamais d'accidents septiques, quelle que soit leur ancienneté, quelle que soit, d'autre part, la fréquence des piqûres et coupures que se font les élèves ? Le formolage péritonéal, pour être moins complet, n'en agit pas moins dans le même sens et de façon suffisante.

3° En troisième lieu, et à un point de vue purement scientifique, le formolage permet une conservation beaucoup meilleure et plus convenable des pièces et des lésions, et en rend l'étude histologique beaucoup plus fructueuse.

4° Enfin, pour la Famille elle-même, n'est-il pas désirable qu'il soit procédé à une sorte d'embaumement qui conserve le disparu et rende moins pénible sa vue et sa reconnaissance tardives ?

De ces diverses considérations, celles d'Hygiène et de Prophylaxie doivent surtout, Monsieur le Directeur, retenir votre attention.

Ne croyez-vous pas qu'il serait facile et peu coûteux de réaliser pareille mesure et de la faire expérimenter, dès demain, dans quelques hôpitaux ?

C'est ce que vous demandent tous ceux qui ont, avec vous, charge d'âmes, vis-à-vis de nos jeunes et dévoués collaborateurs.

Paul CARNOT.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des hémorrhoïdes ;

Par le Dr Anselme SCHWARTZ
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Il faut, au point de vue thérapeutique, diviser les hémorrhoïdes en trois catégories :

1° Les hémorrhoïdes petites, peu gênantes, saignant peu, ou les hémorrhoïdes douloureuses parce qu'associées à une fissure anale.

Dans tous ces cas, la lésion est justiciable d'une simple dilatation anale faite sous l'anesthésie locale, avec le spéculum de Trélat ; cette dilatation soulage toujours les malades et donne souvent une guérison définitive.

2° Les hémorrhoïdes enflammées. Elles se présentent d'ailleurs sous différents aspects : tantôt il s'agit d'hémorrhoïdes externes atteintes de phlébite hémorrhoïdaire ; tantôt ce sont des hémorrhoïdes internes devenues procidentes avec irréductibilité ou étranglement.

Dans ces différents cas, le paquet hémorrhoïdaire est gonflé, tendu, œdémateux, extrêmement douloureux ; parfois même des taches grises ou noires sont l'indice du sphacèle de la tumeur.

Dans ces hémorrhoïdes enflammées, il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Il faut mettre le malade au repos, faire matin et soir des pulvérisations phéniquées faibles et, dans l'intervalle, couvrir la région de compresses humides. Il est permis tout au plus d'appliquer quelques pointes de feu profondes dans les différentes ampoules en surveillant par la suite la chute des escarres.

Si l'irréductibilité est récente, il faut appliquer sur la région des compresses cocaïnées et souvent on assiste à la diminution progressive et à la réduction spontanée du bourrelet hémorrhoïdaire.

3e Les hémorrhoïdes ne sont pas ou ne sont plus enflammées, mais, par leur volume, par l'abondance des hémorragies, elles commandent une intervention chirurgicale ayant pour but la cure radicale de la lésion.

Il existe deux groupes d'interventions, les unes très simples, à la portée de tous les praticiens, les autres, plus complexes, exigeant déjà une certaine habileté opératoire et nécessitant l'anesthésie générale.

Voici le procédé qui me parait devoir s'appliquer à l'immense majorité des cas et qui présente le grand avantage de pouvoir toujours être exécuté sous l'anesthésie locale.

a) Après anesthésie locale par le procédé de M. Reclus, dilater l'anus.

b) Saisir successivement les ampoules les plus saillantes avec une pince, puis, par une incision elliptique faite au ciseau ou au bistouri, exciser cette ampoule comme une petite tumeur et réunir les deux lèvres de la section au catgut.

On peut même faire plus simplement encore : l'ampoule étant saisie par la pince, on traverse sa base avec l'aiguille, puis avec le catgut, on lie le pédicule de l'ampoule sur ses deux bords et on sectionne au-dessus.

Qu'on emploie l'excision suivie de suture, ou l'excision après ligature de la base, il est un principe fondamental qui doit guider le praticien dans cet acte opératoire : Il ne faut pas essayer d'enlever toutes les ampoules hémorrhoïdaires ; il faut et il suffit d'exciser les ampoules principales en laissant toujours entre celles qu'on enlève des ponts de muqueuse intacte ; ainsi l'on évite les rétrécissements.

Les ampoules qui échappent à l'intervention disparais-

sent dans la suite par transformation fibreuse, si bien que ce procédé simple, facile, sans danger, pouvant et devant être pratiqué sous l'anesthésie locale, donne des résultats éloignés tout à fait satisfaisants.

CORRESPONDANCE

A propos d'un article sur la fièvre de Malte.

Nous recevons du Dr CANTALOUBE, de Sumène (Gard), un article qui paraîtra ultérieurement, mais dont l'introduction est une réplique à MM. Lagriffoul et Royer à propos d'une réponse parue dans notre dernier numéro. Nous insérons cette réplique avec la pensée que les auteurs en désaccord voudront bien épuiser ce dialogue.

Un mot d'abord comme précision à la réponse de M. Roger et pour terminer, je l'espère, une polémique qui n'a que trop duré.

1° Je n'ai jamais revendiqué l'honneur d'avoir signalé le premier la F. de Malte dans le Midi. Mais il est exact qu'avant notre communication avec Aubert et Thibault à la Société de Biologie, la F. de Malte n'était connue dans le Midi que par cinq cas de Marseille, et totalement inconnue dans *notre région* ;

2° Dans mes articles du *Montpellier médical* et de l'*Echo médical des Cévennes*, j'établissais son endémicité *dans la région encore* ;

3° J'ai en effet négligé de citer les études de MM. Lagriffoul et Roger, cela simplement parce que le 23 janvier 1910 devant la Société médicale de Montpellier, M. Lagriffoul a dit textuellement ceci : « La Fièvre de Malte, qui paraissait inconnue ou à peu près dans nos régions, est au contraire, d'après les premiers résultats de l'enquête que nous avons entreprise avec M. Roger, relativement fréquente dans notre contrée ». M. Lagriffoul n'ignorait cependant pas d'où partait le mouvement créé autour de la F. de Malte — dans la région toujours. Je fus choqué de son *à peu près*, et son silence appela mon silence.

Mais ne prenant aucun goût à ce jeu de cache-cache, j'ai déjà indiqué les publications de MM. Lagriffoul et Roger dans le volume sur la F. de Malte, dont je corrige en ce moment les épreuves (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 mai 1910.

Sur le traitement curatif du charbon par la pyocyanase.—M. ***Fortineau*** a traité des moutons charbonneux par la pyocyanase des différentes races de bacille pyocyanique : les quatre moutons traités ont résisté, bien que dans les deux derniers cas la pyocyanase et le charbon eussent été inoculés dans des régions différentes, et que, chez un animal, l'injection curative ait été précédée d'infection profonde.

En raison de la faible toxicité de la pyocyanase, dont l'auteur a injecté 50 cmc à la fois sous la peau d'un chien de 5 kg. sans déterminer d'autre symptôme qu'un amaigrissement passager, l'auteur a employé ce mode de traitement dans un cas de pustule maligne, où il semble s'être montré nettement favorable.

Moyen d'éviter les accidents anaphylactiques. — M. *Besredka*. — On sait que tout animal ayant reçu à un moment donné de sa vie, du sérum d'un animal étranger, demeure pendant des années sensible vis-à-vis de toute nouvelle injection de sérum de même espèce : cette sensibilité particulière, ou *anaphylaxie*, se traduit, chez les animaux, par des accidents d'extrême gravité ou par la mort, suivant la dose du sérum injecté. Des accidents de même ordre s'observent aussi chez l'homme.

Or on peut vacciner le cobaye contre ces accidents, créer chez lui un état anti-anaphylactique par divers moyens, en particulier en lui injectant une très faible dose (1/20 de cmc.) de sérum sous le péritoine ou dans les veines.

Suivant le point où l'on introduit cette faible dose de sérum, l'immunité s'acquiert avec plus ou moins de rapidité : au bout de 3 heures après l'inoculation sous-cutanée, 1 heure après l'injection intra-péritonéale ; elle est presque instantanée après l'injection intra-veineuse.

Cette rapidité est précieuse, car elle permet de réaliser en peu de temps une série de vaccinations subintrantes et de conférer une immunité très forte, qui résiste à l'épreuve intra cérébrale.

Les injections peuvent être faites à quelques minutes d'intervalle, sans que l'on ait besoin de retirer la canule de la veine.

Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai 1910.

Apparition sous forme épidémique de la poliomyélite à Paris et dans sa banlieue en 1909. Notions fournies par l'étude des épidémies des autres pays et par la pathologie expérimentale. — M. ***Netter*** a actuellement connaissance de près d'une centaine de cas de paralysie infantile dont le début a eu lieu depuis cet été, ce qui implique une proportion suffisante pour mériter le mot, d'épidémie.

Chez la plupart des malades, il n'a pas été possible de trouver une filiation avec d'autres cas, réserve faite de cinq familles où, à côté de cas typiques, il y a eu des formes abortives sans paralysie.

Les poussées épidémiques, dans les divers pays du monde coexistent ou se suivent de près. La contagion intervient sans aucun doute dans la dissémination du mal. Difficile à dépister dans les villes et les populations denses, elle est beaucoup plus manifeste à la campagne.

Depuis que Landsteiner et Popper (décembre 1908) ont montré la transmissibilité de la maladie au singe après inoculation de la moelle d'un enfant ayant succombé à la paralysie infantile, l'étude de la poliomyélite expérimentale a marché très rapidement et nous fait connaître quantité de notions qui concordent bien avec l'épidémiologie.

Flexner et Lewis viennent de publier des expériences qui font espérer que l'on pourra guérir la poliomyélite en utilisant le sérum des singes qui ont été immunisés par injections sous-cutanées répétées de doses progressivement croissantes de virus.

Salpingite amibienne. — M. ***Ménétrier*** a examiné l'appendice d'une femme de 26 ans, opérée par M. Lejars, sans antécédents dysentériques. Il a constaté la présence d'amibes nombreuses.

Sur un traitement abortif de la syphilis en 30 jours. — M. ***Hallopeau*** a constaté qu'un traitement local intensif, mis en œuvre à partir des vingt premiers jours d'une syphilis à sa période primaire et combiné avec un traitement général également très actif, en enraye complètement l'évolution.

On peut employer à cet effet, soit l hectine à la dose quotidienne de 20 centigrammes, soit le cyanure de mercure à celle de 0.0025 à 0,0050 décimilligrammes, soit l'hectargyre qui est une combinaison des deux composés précédents.

Le traitement doit être institué au plus tôt

Il y a lieu de lui associer un traitement général par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure et l'iodure de potassium dans le but de compléter l'action sur les rares tréponèmes qui ont pu émigrer loin du foyer initial.

Cancer du rein à cellules sombres avec volumineux kyste hématique. — M. ***Legry*** rapporte l'observation d'un homme de 60 ans, porteur d'une tumeur abdominale kystique, dont la nature cancéreuse put être affirmée grâce à l'examen de ganglions sus-claviculaires enlevés par biopsie.

Le malade succomba quelques jours après l'incision de la tumeur et sa marsupialisation. Il s'agissait d'un cancer du rein à cellules sombres, avec un volumineux kyste hématique ; par places on voyait des îlots de cellules devenues claires sous l'influence de régressions dégénératives.

Extraction d'une balle de revolver mobile dans le liquide céphalo-rachidien lombaire. — M. ***Lucas-Championnière*** donne lecture d'un rapport sur un travail de M. ***Tuffier***.

Elections. — MM. ***Régis*** (de Bordeaux) et ***Collignon*** (de Cherbourg) sont élus correspondants nationaux.

Benjamin BORD.

(1) Chez Maloine. 1 vol. in-8° avec pl. et graphiques « La Fièvre de Malte en France. » Etude clinique d'après 200 cas personnels.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai.

Cholécystite aiguë abortive à bacille d'Eberth chez une typhique convalescente. — M. ***Sacquépée*** (Val-de-Grâce). — Fièvre typhoïde normale ; le 25ᵉ jour de la convalescence, survint le syndrome d'une cholécystite aiguë. Elévation thermique en clocher. L'examen des selles pendant l'évolution de la cholécystite, mit en évidence un nombre considérable de bacilles, déversés avec la bile dans l'intestin. Ces cholécystites sont graves en général, mais graves surtout lorsqu'il préexiste une lithiase.

Insuffisance surrénale mortelle au début d'une scarlatine maligne.— M. ***Comby***. — Chez un garçon de 6 ans, éclate une scarlatine grave dès le début : vomissements incessants, douleurs abdominales violentes, diarrhée fétide et abondante, pouls fréquent, tension 10 ct. M. Comby conclut à un syndrome surrénal probable et donne de l'adrénaline (XX gouttes par jour). Mort. Autopsie : congestion généralisée des viscères, hypertrophie hépatique et splénique. Capsules surrénales détruites. L'insuffisance surrénale dans la scarlatine maligne est donc une complication grave.

Néoformation adénomateuse de la portion terminale du cholédoque par compression extrinsèque. Ictère par rétention. — MM. ***Claude*** et ***Sourdel*** rapportent cette observation : ictère chronique par rétention chez une femme sans antécédents pathologiques. Mort après amaigrissement et cachexie avec signes d'insuffisance pancréatique totale. A l'autopsie on ne trouva qu'une tumeur du rein droit. Histologiquement, on trouve dans la portion terminale du cholédoque des formations adénomateuses et une hypertrophie intense de la muqueuse, lésions qui avec le spasme ont produit l'ictère par la rétention.

Gonohémie et manifestations viscérales multiples chez une petite fille. — MM. ***Marfan*** et ***Debré***. — Petite fille de 10 ans entre avec une pâleur extrême et un état typhique, douleurs abdominales violentes, placard péritonéal et vulvo-vaginite gonococcique. Endocardite et congestion pleuro-pulmonaire dans le cours de l'évolution. Guérison avec résidu de la lésion cardiaque.

L'hémoculture donne du gonocoque pur, agglutiné par du sérum antiméningococcique. Traitement : vaccin de Wright, sérum de Flexner, sérum de Dopter, tous sans aucun succès. La cutiréaction positive s'explique par une tuberculose antérieure.

M. ***Dopter*** trouve naturel l'échec du traitement par le sérum antiméningococcique.

M. ***Rist*** insiste sur la gravité de la vulvo-vaginite des petites filles et sa fréquence, évitable d'ailleurs par une prophylaxie sévère.

M. ***Siredey*** confirme cette remarque et met certaines métrites virginales sur le compte de la vulvo-vaginite de l'enfant.

M. ***Martin*** pense que les accidents sériques observés sont fréquents chez les tuberculeux.

Diagnostic rapide de la diphtérie par la méthode de déviation du complément. — MM. ***Weil, Hallé*** et ***Bloch***. — Les auteurs ont employé cette méthode qui permet de faire le diagnostic certain de diphtérie en trois heures. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1ᵉʳ juin 1910.

L'emploi de la teinture d'iode en chirurgie. — M. ***Tuffier*** ayant signalé à la dernière séance l'effet vésicant de la nouvelle teinture d'iode du codex, une courte discussion s'engage sur ce sujet. M. ***Quénu*** fait observer qu'il faudrait revenir à l'ancienne formule. MM. ***Delbet*** et ***Kirmisson*** partagent cette opinion et demandent que la Société de chirurgie émette un vœu demandant qu'on rende aux services de chirurgie l'ancienne teinture d'iode. Mais MM. ***Broca*** et ***Rochard*** font observer que le règlement s'oppose à ce que pareil vœu soit émis. Il suffit d'ailleurs que l'on formule pour l'emploi chirurgical ne teinture d'iode dédoublée.

Les dangers du chloroforme. — M. ***Quénu***. — Les travaux multiples entrepris par les physiologistes sur l'action du chloroforme prouvent avec évidence que cet anesthésique exerce une influence nocive sur les viscères et qu'imprègnant tous les tissus, il détermine une véritable intoxication. Tous les anesthésiques d'ailleurs sont des poisons. C'est à cause de cette influence du chloroforme sur le foie en particulier que j'ai voulu attirer l'attention sur les dangers de son emploi chez les ictériques, dangers que M. Gosset a déjà signalé puisqu'il conseille chez ces sujets l'anesthésie à l'éther.

On ne peut toujours attribuer à l'infection les ictères dits chloroformiques, car les recherches histologiques ont démontré que le chloroforme amenait une hypertrophie des cellules hépatiques.

Il est d'ailleurs un syndrome auquel j'attribue une importance primordiale quant au diagnostic d'une lésion hépatique réelle, c'est le syndrome hémorragique. Je persiste donc à penser qu'il est dangereux d'employer le chloroforme chez les ictériques.

M. ***Segond***. — Tout en admirant les recherches de M. Quénu dont l'importance ne saurait échapper à personne, je redoute qu'elles n'engagent certains chirurgiens à renoncer à l'emploi du chloroforme, ce qui serait, à mon avis, grand dommage, car c'est là le plus précieux des anesthésiques.

L'emploi du lavement électrique dans l'obstruction intestinale. — M. ***Souligoux***. — M. Marion nous a montré dans la dernière séance un calcul ayant occasionné une obstruction intestinale, calcul rendu à la suite du cinquième lavement électrique. Je voudrais à ce propos dire que ces lavements électriques me paraissent inutiles et dangereux. Il s'agissait d'une femme âgée et on pensait à un néoplasme. En pareil cas je crois préférable de faire une fistule stercorale à droite, car au-dessus du rétrécissement intestinal, les parois de l'intestin sont amincies et le lavement électrique par les violentes contractions qu'il provoque risque de rompre l'intestin, et cela sans donner aucun résultat utile. Aussi malgré le bon résultat obtenu par M. Marion je crois qu'il faut renoncer à cette méthode.

Traitement du cancer par le radium. — M. ***Monod*** présente un rapport sur une communication de MM. Wickham et Degrais relative au traitement du cancer par le radium. D'après ces auteurs, l'emploi du radium est indiqué dans les cas où l'exérèse complète et totale par le bistouri (procédé qui reste le meilleur, le plus sûr, en même temps que le plus rapide) est impossible. Le radium peut en pareil cas atténuer les douleurs et faire diminuer la tumeur suffisamment pour la rendre opérable.

On pourra encore l'utiliser à la suite d'une ablation chirurgicale partielle de la tumeur, et aussi d'emblée et comme unique procédé de traitement, dans les récidives peu étendues.

Les auteurs ont en effet fourni à l'appui de leurs dires des moules et des dessins montrant que le radium a manifestement pu, dans ces cas du moins, faire régresser des tumeurs caverneuses et les rendre plus enlevables.

Le radium est donc, d'après le rapporteur, une ressource utile contre le cancer à condition que son emploi ne soit considéré que comme une méthode accessoire du traitement chirurgical.

M. ***Segond***. — J'ai fait employer le radium chez certains de mes malades, suivant la méthode de Dominici qui place le radium à l'intérieur même du néoplasme. Bien que je n'aie vu aucun cas de guérison réelle, radicale, je n'hésite pas cependant à m'associer aux conclusions du rapporteur et je crois que le radium peut nous donner de précieux avantages dans la lutte contre le cancer. Voici quelques faits probants que j'ai moi-même observés.

Dans un cas de cancer de la face absolument inopérable, occasionnant des douleurs horribles, le traitement par le radium a fait cesser les douleurs et diminuer la tumeur au point que je me suis décidé à l'opérer. Malheureusement des traînées cancéreuses se font vers les régions voisines.

Un cancer de la langue opéré par transfixion a aussi été amélioré.

Quatre autres cas de cancer de la langue dont l'un avait

envahi le plancher de la bouche ont été soulagés, diminués, et le dernier malade peut maintenant manger, boire et dormir.

Dans un cas de cancer du col utérin chez une jeune femme que connaît aussi M. Nélaton, le traitement par le radium a donné des résultats si remarquables qu'on peut actuellement presque parler d'une guérison réelle. Un autre cas de cancer du vagin, inopérable, a été très amélioré.

Je vous signale encore deux cas de récidive ganglionnaire d'épithélioma du rein, dans lesquels il a donné des résultats favorables.

M. **Delbet**. — J'emploie depuis longtemps le radium dans le traitement du cancer. Je me sers de tubes contenant du bromure de radium pur. J'ai préalablement expérimenté chez les chiens. Je reprocherai à MM. Wickham et Degrais d'avoir négligé de nous apporter les examens histologiques des tumeurs qu'ils ont traitées, avant et après le traitement par le radium. J'ai pour ma part toujours pratiqué des biopsies avant et après l'emploi du radium. On sait que ce corps émet des radiations multiples et qui n'ont pas toutes la même action (rayons α, β, γ.). Ces rayons peuvent être retenus par certains corps qui laissent passer les autres. Il s'agit là non pas d'une pénétration plus ou moins grande des rayons, mais d'une véritable filtration.

Le radium agit sur les cancers superficiels exactement comme les rayons X qui peuvent agir sur une portion de tumeur plus étendue.

Il me paraît d'ailleurs que les cancers ne sont pas tous également justifiables du radium ou des rayons X. Les uns sont plus sensibles au premier, les autres plus sensibles au second. Les cancers de l'utérus, du rectum, sont plutôt justiciables du radium.

Pour placer le tube j'enfonce un trocart dans la tumeur, et après en avoir retiré la pointe j'introduis le tube radifère dans la canule, le poussant ainsi aisément et sans danger au centre de la tumeur.

Le radium diffuse peu. Son action ne dépasse pas un rayon de 5 à 6 cm. Aussi me paraît-il nécessaire de larder les tumeurs avec des tubes multiples, comme on le faisait autrefois avec les flèches de Canquoin, dont l'action est d'ailleurs analogue, car le radium agit comme un caustique, avec cet avantage cependant qu'il ne détruit que le tissu néoplasique et non le tissu conjonctif.

Les résultats obtenus me paraissent devoir être surtout bons dans le cancer utérin.

M. *Tuffier*. — J'emploie aussi le radium depuis les premières publications faites sur ce point. J'ai constaté en effet que le radium semble avoir une action élective sur la cellule cancéreuse et respecter le tissu conjonctif.

Je l'ai employé avant les opérations, dans le but de diminuer des néoplasmes inopérables et d'en rendre l'exérèse possible. Je l'ai employé pour détruire les portions cancéreuses que j'aurais pu laisser. Je l'ai employé après dans des récidives inopérables.

Dans un grand nombre de cas, le radium m'a donné deux résultats précieux : la diminution de la tumeur, la sédation es douleurs.

Présentation de malades. — M. *Chaput* présente un malade auquel il a fait un évidement osseux pour ostéomyélite, et chez lequel il a comblé la cavité osseuse par une greffe adipeuse.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 2 juin 1910.

Un cas de favus herpeticus. — MM. *Hudelo*, *Paraf* et *Thibaut* présentent un enfant porteur de 6 ou 7 placards ovalaires, disséminés dans le cuir chevelu et sur le corps. Ces placards érythémato-squameux sur le corps n'ont pas de vésiculation périphérique, ni d'orbicularité. Nulle part il n'y a formation de godets. L'examen microscopique a montré qu'on avait affaire à un cas indubitable de favus qui cliniquement revêtait un aspect objectif inusité.

Gangrène symétrique des extrémités et rétraction de l'aponévrose palmaire. — MM. *Lévy-Franckel* et *Castel* (de Roubaix) montrent une malade atteinte de maladie de Raynaud et de rétraction de l'aponévrose palmaire. Sur l'avant-bras existe un petit placard anesthésique dant la découverte a conduit les auteurs à pratiquer le séro-diagnostic de la lèpre, qui fut d'ailleurs négatif. La malade ayant un sommet suspect et des antécédents personnels et collatéraux de tuberculose, L.-F. et C. pensent avec M. Milian qu'il peut exister un rapport entre la maladie de Dupuytren et la tuberculose.

M. *Gaucher* a vu bien des malades ayant une rétraction de l'aponévrose palmaire et ne présentant pas de signe de tuberculose.

Déformation léontiasique de la face consécutive à des injections de paraffine faites dans un but prothétique. — MM. *Thibierge et Weissenbach* présentent une jeune fille de 26 ans qui, pour remédier à une très légère déformation du nez, s'est fait faire par un « spécialiste de la beauté » des injections sous-cutanées de paraffine dure ; une fois la déformation du nez corrigée, le même spécialiste a continué les injections pour rectifier le front et les joues.

Dix à onze mois après la dernière injection sont survenues des déformations considérables du visage caractérisées par des tuméfactions en plaques, de coloration rouge, de consistance dure, correspondant au siège des injections, avec tuméfaction dure, indolore du ganglion préauriculaire de chaque côté.

Le nez est empâté, les paupières sont tuméfiées, les yeux comme bridés à leur partie interne, le front irrégulier, la partie inférieure des joues tuméfiée.

Il s'agit certainement de lésions inflammatoires secondaires à l'injection de paraffine comme en ont rapporté certains auteurs, en particulier M. Morestin, à la suite des injections de paraffine dure à froid, à opposer d'ailleurs aux accidents, de fréquence bien plus grande, consécutifs aux injections de paraffine à chaud.

Traitement de deux cas de syphilis maligne par l'hectine. — M. *Balzer* montre un premier malade atteint de syphilides ulcéreuses améliorées par l'hectargyre (90 centigrammes à ce jour) et que n'avaient pu modifier précédemment plusieurs injections de calomel. Chez un second malade, porteur d'un chancre mixte phagédénique, le phagédénisme s'est arrêté et les lésions sont en voie de réparation sous l'influence de l'hectargyre (90 centigrammes à ce jour.) Le calomel avait également échoué.

A. Fage.

BIBLIOGRAPHIE

La Géologie. Origine et Histoire de la Terre ; par H. Guède. 1 vol. in-8° de 724 pages avec 151 figures dans le texte, de la *Bibliothèque des sciences contemporaines*. Broché 1 fr. 95 ; cartonné : 2 fr. 45 (Librairie Schleicher frères, 8, rue Monsieur-le-Prince, Paris.)

Sous le titre de *Bibliothèque des sciences contemporaines*, la librairie Schleicher commence la publication d'une collection encyclopédique de 25 volumes sur l'importance de laquelle nous ne saurions trop attirer l'attention.

L'ouvrage qui vient de paraître : *La Géologie ; Origine et Histoire de la Terre* est dû à la plume d'un éminent professeur M. H. Guède. Il a volontairement laissé du côté toute espèce de reconstitution pittoresque pour s'attacher exclusivement à faire œuvre scientifique.

On découvre dans ce très bel ouvrage le souci constant de l'auteur de fournir une base claire et solide à toutes les conceptions relatives à l'origine de la terre, d'exposer toutes les découvertes, de résumer toutes les théories, de donner en un mot le manuel, clair, précis et complet qui réponde au plan fort intéressant que nous avons rappelé.

Si la *Bibliothèque des sciences contemporaines* tient ce qu'elle promet, elle constituera un des plus beaux monuments scientifiques de notre époque à un prix vraiment abordable pour tous.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

La période de curabilité dans les affections mentales ;

Par Henri DAMAYE
Médecin des asiles d'aliénés.

Depuis les travaux de Bouchard, depuis l'orientation donnée en 1890 à la psychiâtrie par Régis et Chevalier-Lavaure, la science des maladies mentales a progressé, en grande partie, grâce à sa pénétration progressive par la pathologie générale. L'étude de la prédisposition, œuvre remarquable de Morel et de Magnan, les grandes divisions cliniques établies par les vieux Maîtres français, avaient ouvert la voie et préparé la venue des conceptions pathogéniques destinées à élaborer des classifications stables parmi les espèces nosologiques. L'engouement pour les conceptions et les nomenclatures allemandes vint, pendant quelques années, détourner la psychiâtrie française de sa voie si féconde et réunir sous les mêmes vocables des affections à origine et à pronostic très différents. L'opinion actuelle semble heureusement réagir et s'efforcer de pénétrer davantage la genèse et les facteurs des troubles mentaux. La pathogénie et la connaissance des lésions anatomiques paraissent, en effet, devoir prêter leur concours pour édifier une classification sur des bases solides ou définitives.

***

Les affections mentales se déclarent et évoluent dans les conditions et selon les lois communes à la pathologie tout entière. Le cerveau, comme les autres organes, est soumis à la double influence de la prédisposition et d'une cause immédiate : l'intoxication. Terrain favorable et toxine subordonnent par conséquent le trouble mental dans des proportions variables selon les cas divers.

Si la prédisposition est accentuée, le désordre éclatera sous l'influence d'une toxine atténuée et sera peut-être irréparable, même après une imprégnation de courte durée. En d'autres termes, la gravité des troubles mentaux est en raison directe de l'influence prédisposante ou de l'activité du poison.

Partant de ces données, nous pouvons envisager, en psychiâtrie, deux vastes groupes nosologiques. Le premier renferme les affections dont la genèse est éminemment le fait de la prédisposition, d'une constitution cérébrale défectueuse.

Les délires cohérents, raisonnants, déductifs, avec hallucinations ou interprétations, rentrent presque toujours dans cette catégorie ; ils relèvent de ce que l'on a appelé, faute de mieux, la « constitution paranoïaque ». A la seconde catégorie appartiennent, au contraire, ces affections plus ou moins confusionnelles, avec ou sans idées délirantes, et où les hallucinations visuelles se joignent fréquemment à celles des autres sens. Ici, le trouble mental revêt, pour ainsi dire, la forme d'un accident, tributaire avant tout d'une cause occasionnelle, d'une toxi-infection saisissable ou latente, en un mot d'un désordre ayant son siège ailleurs que dans le cerveau. Certes, la prédisposition est encore nécessaire, mais elle est en général moindre que dans les premiers cas. Dans cette catégorie, la cellule nerveuse se défend dès qu'elle est imprégnée par le toxique : elle se défend avant de se laisser détruire et cette période de résistance se manifeste cliniquement par une phase aiguë ou subaiguë, nettement agitée ou dépressive. Le début de l'affection ne revêt donc pas ici l'allure chronique, lente et progressive, parfois insidieuse, où le principal tort est dévolu à la constitution. Par conséquent, plus les désordres mentaux ont présenté dans leur apparition le caractère accidentel, puis ils sont accessibles à une intervention efficace. Cherchons, dans ce cas, l'affection de l'organe où s'élabore la toxine qui impressionne la cellule cérébrale.



Toutes les infections, toutes les intoxications de l'organisme, sont capables de provoquer le trouble mental, moyennant un certain état de prédisposition. La marche aiguë ou subaiguë, qui ressortit à la constitution cellulaire, est aussi en rapport avec la maladie de l'organe où s'élabore le poison. Ainsi, la pneumonie, le phlegmon, une fièvre éruptive, déverseront tout à coup leurs toxines mais pendant un temps assez court. La tuberculose, au contraire, s'installera plus lentement et, pendant des mois et des années, entretiendra l'imprégnation toxique des éléments cérébraux. De même pour les poisons intestinaux, à la faveur d'une anomalie physiologique ou d'une altération de la muqueuse digestive (1) aidée par l'insuffisance hépato-rénale. Il semble aujourd'hui que nous puissions incriminer pareillement l'action souvent lente et continue de substances nocives en rapport avec les troubles des organes à sécrétions internes. En somme, la virulence des produits et la durée de leur action, combinées avec le degré et la nature de l'influence prédisposante, régissent la marche et la gravité des affections mentales toxiques.

***

Le cerveau paye donc, lui aussi, son lourd tribut à l'intoxication ; mais la connaissance de ce fait a, pendant ces dernières années, singulièrement éclairé la science psychiâtrique et fait entrevoir, en clinique, un avenir moins marqué du sceau de la fatalité. Puisqu'il y a lieu de faire la part entre les affections chroniques, empruntant leur gravité surtout à la constitution, et les maladies aiguës qui relèvent d'une toxi-infection, l'intérêt actuel semble devoir s'attacher à ces dernières.

Les grandes conquêtes de la pathologie générale ont, en effet, caractérisé les processus et donné le jour à des méthodes thérapeutiques, en ce qui concerne les maladies infectieuses et l'intoxication. Si le croisement seul, par le choix des unions, est susceptible d'effacer la prédisposition, les aberrations mentales d'une race, il en va autrement lorsqu'il s'agit de combattre et d'atténuer les effets d'un poison. C'est donc aux enseignements des affections aiguës que la psychiâtrie doit formuler ses lois, plus apte ainsi à pénétrer le mécanisme et l'évolution des maladies chroniques.

***

La confusion mentale, accompagnée ou non de conceptions délirantes, est la réaction première la plus habituelle de la cellule cérébrale à l'imprégnation toxique (2). Aussi, la place occupée par ce syndrome en pathologie mentale est-elle considérable : Chaslin, Séglas, Régis, Marandon de Montyel, ont, les premiers, consacré d'impor-

(1) FALLOISE. — Auto-intoxication intestinale et défense de l'organisme par l'intestin. *Presse médicale*, 23 nov. 1907. Pour Falloise, le principal rôle dans la neutralisation des toxines digestives reviendrait à la muqueuse intestinale dont il serait une des propriétés fondamentales.

(2) DAMAYE. — La confusion mentale, la démence et les psychoses toxiques. *Echo médical du Nord*, 28 novembre 1909.

tants travaux à ses diverses formes. L'état aigu relève assez souvent d'une maladie infectieuse, d'une infection franche, d'une fièvre éruptive : l'onirisme, décrit par Régis, y présente toute sa caractéristique. La forme subaiguë peut reconnaître les mêmes causes, mais plus fréquemment elle relève d'une intoxication plus lente et plus prolongée. La tuberculose, notamment la tuberculose pulmonaire, lui fournit un appoint très important. Chez la femme, l'infection, manifeste ou latente, souvent streptococcique, des voies génitales, même en dehors de la puerpéralité (vaginites, métrites du col, etc.), est aussi une des causes habituelles de l'état subaigu : les examens gynécologiques en font foi (Picqué) (1). Nous avons pu nous convaincre aussi de cette fréquence par l'étude du mucopus vaginal et du dépôt des urines de nos malades. Citons encore l'intoxication gravidique, l'insuffisance hépatorénale et celle de la muqueuse intestinale dans sa fonction antitoxique : enfin, les troubles des sécrétions internes. Tels sont les facteurs immédiats ; mais nous le répétons, l'allure évolutive est subordonnée également à l'influence, mystérieuse encore, de la prédisposition.

Nous devons ici faire une place à la forme *confusionnelle*, aiguë ou subaiguë, du syndrome paralysie générale (Chaslin, Séglas, Marandon de Montyel ; pseudo-démence de Baillarger), forme susceptible, comme les autres états confus, de passer à la chronicité, mais comme eux aussi, de rétrocéder et de guérir. On observe même quelquefois l'installation de ce syndrome plusieurs années après l'éclosion de troubles confusionnels ou délirants (2).

Comme la confusion mentale et les délires confus, la manie peut traduire en clinique, elle aussi, l'imprégnation toxique de la cellule corticale. Nous pensons que l'infection génitale explique, dans une certaine mesure, la prédominance marquée pour le sexe féminin. Nous croyons également à une proche parenté des états confus et maniaques; on observe, en effet, entre ceux-ci et ceux-là, tous les intermédiaires. D'autre part, on voit assez souvent la manie succéder au syndrome confusionnel à mesure que l'intoxication diminue, à mesure que l'état mental s'améliore.

A l'étiologie mélancolique est applicable de même la conception infectieuse. Nous remarquerons cependant la coexistence fréquente de la tuberculose ou des intoxications digestives prolongées avec les états mélancoliques.

Régis (Congrès de Lille, 1906) a insisté sur ce fait que toutes les affections mentales d'origine toxique peuvent présenter, au cours de leur période confusionnelle, des rémissions plus ou moins complètes, temporaires ou définitives. La chose est, en effet, possible si la source toxique a cessé de couler. Cette remarque s'applique aussi, comme nous l'avons dit, aux formes aiguës et subaiguës du syndrome paralytique, syndrome non particulier à la syphilis, ainsi que Klippel l'a déjà établi (3).

Les affections mentales aiguës et subaiguës n'ont pas toujours une issue favorable. Selon la durée de l'imprégnation cellulaire, la nocivité des toxines, la vitalité constitutionnelle de l'élément nerveux, l'évolution se fera vers la guérison ou vers la chronicité. Ainsi, à une première période d'imprégnation, de résistance, *phase thérapeutique*, pour ainsi dire, peuvent succéder, soit une *période de réparation* si le toxique a disparu, soit une cristallisation du désordre mental ; en d'autres termes, *l'état chronique*, irrémédiable en général.

Dans les cas à évolution favorable, la confusion ou le délire ne semblent pas disparaître aussitôt l'élimination des toxines. Les troubles mentaux continuent mais pour décroître peu à peu, au cours de la phase réparatrice, souvent suivant un mode oscillatoire, à mesure que se répare le désordre cellulaire.

La confusion mentale ou les délires devenus chroniques présentent alors un tableau clinique qui n'est pas sans analogie avec celui de la démence. Mais si l'on étudie minutieusement de tels malades, on s'aperçoit que leur état est caractérisé par l'incohérence, le désordre des idées et des actes, sans affaiblissement de leurs facultés intellectuelles (1). Ce n'est que peu à peu, parfois beaucoup plus tard, que la diminution des facultés, c'est-à-dire la démence véritable, commence à se manifester. La démence, elle, correspond à la destruction de la cellule nerveuse (atrophies, dégénérations, neuronophagie) vaincue et devenue plus fragile. Donc, la démence, à l'inverse de la confusion, est définitive et ne saurait rétrocéder.

Dans les affections mentales cohérentes, chroniques d'emblée par le fait de la prédisposition, la cellule cérébrale, originellement constituée pour l'aberration mentale, n'a point eu à faire face à l'intoxication. Le délire est, pour ainsi dire, son état naturel. On conçoit donc pourquoi, dans ces affections, la démence ne peut se produire : les persécutés décrits par Magnan, Lasègue, Falret, Pottier, Sérieux et Capgras conservent, pour un grand nombre, l'intégrité de leur intelligence. Si les facultés viennent à sombrer chez ces malades, l'affaiblissement est en rapport avec un processus vraisemblablement étranger au délire.

En résumé, les troubles mentaux aigus et subaigus paraissent évoluer suivant plusieurs étapes : période d'imprégnation ou d'état, période de réparation ou, dans les cas défavorables, phase de chronicité à laquelle succède plus ou moins lentement la démence.

Nous dirons enfin que les travaux de Kraepelin, les recherches de Klippel et Lhermitte, tendent à faire admettre une autre catégorie de cas où la démence serait primitive ou tout au moins rapide. A ces affections seules, qui jamais ne rétrocèdent, s'appliquerait alors logiquement le terme *démence précoce*. Ce terme, actuellement encore prodigué, ne saurait désigner sans être péjoratif les psychopathies aiguës et subaiguës où la phase démentielle est une conséquence, un état ultime.

***

La période confusionnelle est donc particulièrement intéressante comme traduction clinique de la défense corticale et, partant, comme phase thérapeutique des maladies mentales. Les rémissions qui s'y produisent spontanément ne peuvent-elles être favorisées par les efforts thérapeutiques ? L'expérience et la pratique semblent conclure à l'affirmative. Dès lors, le rôle du psychiâtre sera de placer l'organisme dans les conditions les plus favorables à ces régressions. Stimuler les moyens naturels de défense contre les agents pathogènes et leurs poisons ; telle

(1) A. Verhaeghe. — Considération sur la fréquence des troubles génitaux chez les aliénés et leur rôle en pathologie mentale. *Thèse de Lille*, 1907, faite sous l'inspiration de Picqué. Verhaeghe, chez les entrantes de l'asile de Bailleul, a constaté des lésions inflammatoires des organes génitaux dans une proportion de 57,81 pour cent. Dans un tiers des cas, ces lésions se rattachaient à un accouchement récent.

(2) Damaye et Desruelles. — Confusion mentale avec idées délirantes polymorphes ; évolution démentielle ; syndrome paralysie générale. Autopsie. *Rev. de Psychiâtrie*, décembre 1908.

(3) Klippel. — Rapport sur la paralysie générale. *Congrès des aliénistes et neurologistes*. Bruxelles, 1903.

Voir aussi Thèse de Bour, Paris, 1903 : Rapports de la tuberculose et de la paralysie générale.

(1) Toulouse et Damaye. — La démence vésanique est-elle une démence ? — *Revue de Psychiâtrie*, janvier et février 1908.

est l'indication primordiale. Des essais encourageants ont été tentés en ce sens, au cours des dernières années. J. Lépine (1) a obtenu des succès avec le nucléinate de soude, dans les maladies qui nous occupent. Nous-même avons retiré de bons effets des propriétés antitoxiniques et emménagogues de l'iode (2) et aussi, avec le Dr Mézie, de l'action du collargol (3). M. Mézie et moi expérimentons actuellement l'opothérapie par les organes hématopoiétiques, moelle osseuse et rate à l'état frais : les résultats, obtenus nous donnent satisfaction. L'an dernier, Page (de Bellevue) (4) a pu provoquer la guérison ou l'atténuation de certains symptômes chez des confus catatoniques et des mélancoliques, par l'opothérapie cérébrale.

C'est en combattant l'infection d'un organe, en relevant l'état général et en stimulant les défenses naturelles, qu'il nous est possible d'influencer l'état mental.

***

Les malades aptes à bénéficier d'une thérapeutique que nous qualifierons d'hospitalière sont légion dans les asiles, infiniment plus nombreux, cela va sans dire, dans les classes indigentes que dans les plus aisées. Une sélection entre chroniques et supposés curables leur serait profitable, car elle distinguerait, pour ainsi dire, l'hôpital et l'hospice des maladies mentales. L'admission des cas aigus devrait être faite sans formalités administratives préalables, quitte à les accomplir sous la menace de chronicité ou si la famille réclamait un sujet non guéri (5). La crainte de l'asile diminuerait peut-être ainsi dans l'opinion, les curables étant admis comme hospitalisés, non comme internés et leur mode de traitement se rapprochant beaucoup de celui de l'hôpital. Ce n'est point là une considération utopique. Déjà on s'achemine, dans le Nord, vers la réalisation d'un hôpital clinique pour les états aigus, grâce à l'initiative du professeur Combemale. Cet exemple pourra être imité, dans l'avenir, par notre pays et les autres nations, car il est à la fois profitable aux malades et à la science psychiâtrique.

Si, tenant compte des processus évolutifs, nous nous attachons à combattre les causes, nous aurons parfois la chance d'éviter à un certain nombre de malades le passage à la chronicité et la déchéance intellectuelle qui en est la conséquence.

(1) J. Lépine. — Essai de traitement de divers états mentaux par la réaction provoquée au moyen du nucléinate de soude. *Lyon Médical*, 10 nov. 1907.

Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale. *Presse médicale*, 29 janv. 1910.

Etude sur l'encéphalite subaiguë curable des tuberculeux. *Revue de médecine*, 10 sept. 1908.

(2) H. Damaye. — Remarques sur l'action clinique de l'iode au cours des états de stupidité et de confusion mentale. *Revue de Psychiâtrie*, novembre 1907.

Considérations thérapeutiques sur les troubles mentaux d'origine toxique. La médication iodée. *Echo médical du Nord*, 8 août 1908.

Valeur de l'iode en psychiâtrie, comme antitoxique et emménagogue *Revue de Psychiâtrie*, janv. 1910.

(3) Damaye et Mézie. — Du collargol en psychiâtrie. *L'Encéphale*, avril 1909.

Le Collargol dans quelques affections mentales d'origine toxique. *Archives de Neurologie*, août 1909.

Etats mentaux aigus traités par le collargol. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 février 1910.

(4) Page. — Une antitoxine cérébrale. Sa préparation, son action, son mode d'emploi. — *Presse médicale*, 21 juillet 1909.

(5) Damaye et Mézie. — Sur le placement nécessaire et précoce des malades atteints de troubles mentaux. *Echo médical du Nord*, 3 janvier 1909.

Perforation de l'intestin grêle par contusion de l'abdomen. Opération sept heures après l'accident. Guérison.

Par MM. LE MOINE et DEBERTRAND
Internes des hôpitaux de Paris.

On ne saurait contester la gravité de la péritonite aiguë généralisée, due à une perforation de l'intestin grêle par contusion de l'abdomen. Son évolution naturelle est la mort ; les cas terminés par la guérison après intervention se comptent aisément.

Nous avons été les témoins d'un cas heureux dans le service de notre maître, M. le docteur Michaux. L'étiologie quelque peu singulière de ce traumatisme, l'intensité des lésions et, malgré cela, les suites très favorables dues peut-être pour une grosse part à la position donnée à l'opéré nous ont incités à relater l'histoire de ce blessé.

D..., Jean, est reçu d'urgence à l'hôpital Beaujon, salle Marjolin, lit n° 30, le 9 décembre 1909 à 7 heures du soir. Il entre parce que, vers une heure de l'après-midi, il a été frappé au niveau de la région ilio-inguinale gauche d'un coup de pied donné à bout portant, mais peu violent.

Ce traumatisme n'entraîne qu'une légère douleur, ne détermine ni nausée, ni vomissement. Aussi le malade n'y prête aucune attention. Vers quatre heures du soir, trois heures après l'accident, la douleur s'éveille : d'abord confinée à la région traumatisée, elle irradie rapidement à tout l'abdomen ; elle devient aiguë, vive, exquise. Le ventre devient dur, des nausées paraissent, suivies de vomissements répétés.

Dès l'arrivée du malade à Beaujon, l'examen montre un ventre ballonné, formant dôme dans sa moitié inférieure, une sensibilité de tout l'abdomen tellement vive qu'on peut à peine effleurer la paroi et présentant un maximum nettement accusé du côté gauche. La sangle abdominale est violemment contracturée ; le ventre est véritablement de bois. L'observation la plus attentive ne saurait déceler aucune modification des téguments, aucune trace d'ecchymose. La matité hépatique persiste entière ; l'état général est bon ; le pouls bat à 80 pulsations ; la température s'élève à 37°6. Durant le transport à la salle et la mise au lit du malade, il ne se produit aucun vomissement.

Pendant que se font les préparatifs opératoires, une large vessie de glace est appliquée sur l'abdomen ; la contracture ne s'atténue aucunement. La persistance de cette contracture, seul symptôme offert par le malade, mais combien important en l'espèce, nous impose rigoureusement l'intervention.

L'opération commence à 8 heures, exactement sept heures après l'accident. Cette intervention tardive, bien que nécessaire, portait en elle un pronostic d'autant plus fâcheux que l'absorption du repas de midi s'était faite depuis le début des accidents, favorisant ainsi l'inoculation septique de la grande cavité péritonéale.

Le malade est endormi au chloroforme ; la paroi abdominale est antiseptisée à la teinture d'iode ; on fait une incision sus et sous-ombilicale et le malade est de suite placé en position légèrement inclinée.

Dès que le péritoine est incisé, il s'écoule une grande quantité de liquide bouillon sale, sans odeur, avec des filaments blanchâtres dont quelques-uns ont plusieurs centimètres de longueur. Puis les anses intestinales apparaissent légèrement météorisées, fortement congestionnées. Le gros intestin semble moins atteint. Au cours de l'examen rapide et initial du jéjuno-iléon, on rencontre, surtout au niveau du bord libre du tube intestinal, des

placards fibrineux en assez grand nombre ; certains de ces placards s'étendent sur plus de dix centimètres. Bref la péritonite est en pleine intensité.

L'attention se porte au début dans la région de l'intestin sous-jacente au traumatisme ; l'exploration demeure négative ; l'angle gauche du côlon et l'S iliaque n'offrent aucune perforation. On pratique alors le dévidement méthodique de l'intestin et bientôt se montre, sur le bord libre du jégunum, un orifice du diamètre d'un gros pois, par où s'écoule avec gargouillement un liquide noir verdâtre mélangé à des bulles gazeuses. La muqueuse intestinale fait ectropion ; mais elle est insuffisante à obturer l'orifice. Rapidement et prudemment, le reste de l'intestin est exclu du champ opératoire, grâce à de grands champs ; et l'on procède, en dehors du ventre, à l'occlusion de la perforation.

Celle-ci, ovalaire, à grand axe parallèle au tube intestinal, est suturée dans le sens transversal par deux surjets à la soie, l'un muco muqueux, l'autre séro-séreux.

Une toilette sommaire du péritoine et la fermeture de la paroi aux fils d'argent complètent l'opération.

Le drainage est assuré par quatre drains : deux médians, deux autres sortant par deux contre-ouvertures iliaques.

Dès le réveil du malade, on s'efforce de le maintenir dans son lit en position assise dite de Fowler. On prescrit 500 gr. de sérum, de l'huile camphrée toutes les trois heures, une diète féroce. Une large vessie de glace est appliquée sur les plaies que recouvrent seulement deux ou trois compresses stérilisées.

Le lendemain, même médication ; le malade émet dans la soirée, spontanément, quelques gaz : le pouls est ample, fort, marquant 78 pulsations à la minute ; l'état général semble favorable.

Les jours suivants, l'amélioration s'accentue ; les suites opératoires sont très favorables ; la position de Fowler est rigoureusement surveillée, le ventre s'assouplit, un liquide nettement purulent s'écoule de la cavité abdominale.

Le 15 décembre, les drains latéraux sont supprimés ; les drains médians continuent à évacuer un pus épais et les fils d'argent, voisins des drains, sont coupés afin de faciliter le drainage.

A partir du 20 décembre, la suppuration diminue rapidement, les fonctions intestinales deviennent spontanées et normales, l'état général est excellent et le malade entre en convalescence.

Au bout de 5 semaines, il quitte l'hôpital dans un état tellement satisfaisant qu'il accomplit sans fatigue des marches d'une heure et demie et qu'il s'emploie utilement, durant les inondations, au déménagement de son mobilier.

L'étude de ce malade, si heureusement guéri, nous autorise à faire quelques remarques. Il nous semble que ce matade devait avoir une résistance toute spéciale contre l'infection pour qu'il ait pu, sans aucun accroc, lutter victorieusement contre l'intensité de ses lésions.

La toilette péritonéale, que volontairement nous avions faite très sommaire, n'a exercé aucune action fâcheuse sur les suites opératoires et ainsi ne nous a pas permis de regretter le lavage de la grande cavité que nous avions négligé afin de rendre l'intervention aussi brève que possible.

Enfin, à la suite de ces remarques que nous avons eu d'ailleurs l'occasion de faire chez d'autres malades très comparables, nous devons tout particulièrement insister sur l'importance de la position de Fowler pour le drainage de la grande cavité péritonéale. Jointe à de l'aspiration régulière et fréquente, elle facilite le nettoyage de la plus grande partie de l'abdomen ; grâce à elle, les régions juxta-diaphragmatiques semblent exclues du territoire de l'infection qui se localise dans les parties basses ; les fonctions circulatoire et respiratoire sont facilitées par cette position assise. Notre impression, c'est que cette position de Fowler réalise un progrès très sérieux dans le traitement des péritonites purulentes, qu'elle est un auxiliaire presque indispensable de la guérison. Peut-être son action deviendrait-elle encore plus importante chez la femme atteinte de péritonite si on associait la colpotomie à son influence bienfaisante.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'anneau de chasteté chez l'homme.

Une affaire récente, assez pénible, encore que beaucoup, semble-t-il, l'aient trouvée plaisante, a rappelé l'attention sur les fameuses ceintures de chasteté. On sait que tout ce qui se raconte dans le public, à propos de ces ceintures, est pure légende : le moyen-âge, pas plus que l'antiquité, n'a connu ces singuliers objets ; jamais nobles ou roturiers, avant d'aller guerroyer contre les Sarrazins, n'ont laissé un aussi humiliant gardien de la vertu de leurs épouses ; et s'il est exact qu'au cours des quatre ou cinq derniers siècles, et surtout des deux derniers, l'emploi de ces cadenas ait été plusieurs fois signalé, donnant lieu à des railleries et même à des procès, en tout cas il fut exceptionnel et apparut toujours aux contemporains comme le témoignagne d'une aberration pour le moins ridicule.

En revanche, on parle bien moins des boucles ou anneaux de chasteté, et beaucoup les ignorent. Or ils furent à une certaine époque de la Rome ancienne d'un usage assez courant. Mais, ce qui réjouira nos féministes, tout en étant assez imprévu dans une société qui consacrait l'infériorité féminime, ce n'était pas, contrairement au cadenas, la femme qui le portait, mais l'homme.

Cet anneau, en latin *fibula*, introduit dans le prépuce préalablement perforé, s'opposait à la fois à la mastubation et au coït. Aussi le mot *d'infibulation* a-t-il été, depuis, étendu à toutes les pratiques, quelles qu'elles soient, boucle, ceinture et étui de cuir ou de métal, cadenas et ceintures de chasteté, suture des lèvres vaginales, etc., employées chez les deux sexes pour faire obstacle à l'acte sexuel.

A qui les Romains empruntèrent-ils cette coutume ? Qu'ils l'aient tenue des Grecs, qui l'auraient eux-mêmes tenue des Asiatiques, qu'elle ait existé bien avant eux chez les Egyptiens et les Arabes, qu'elle ait été particulièrement pratiquée par les prêtres en Perse, tout cela est fort possible, mais rien ne permet de l'affirmer. Quoi qu'il en soit, elle était assez répandue au siècle d'Auguste pour que le Cicéron de la médecine, Celse, en donnât dans son traité médical, *De re medicina*, la technique opératoire (livre VIII, chap. XXV) que voici : *Infibulandi ratio.* — *Infibulare quoque adolescentulos interdum vocis, interdum valetudinis causa, quidam consuerunt : ejusque haec ratio est. Cutis, quæ super glandem est, extenditur, notaturque utrinque a lateribus atramento, qua perforetur : deinde remittitur. Si super glan-*

dem notæ revertuntur, nimis apprehensum est, et ultra notari debet: si glans, ab his libera est, is locus idoneus fibulæ est, Tum qua notæ sunt, cutis acu filum ducento transuitur, éjusque fili capita inter se deligantur, quotidieque id movetur, donec circa foramina cicatriculæ fiant. Ubi eæ confirmatæ sunt, exemto filo fibula additur, quæ, quo levior, eo melior est. (Du bouclement.— On boucle quelquefois les jeunes gens, soit dans l'intention de leur conserver la voix, soit pour les maintenir en santé. Voici la manière dont on y procède. On tire le prépuce en avant, et on marque de chaque côté, avec de l'encre, l'endroit qu'on veut percer ; ensuite on laisse revenir le prépuce. Si les marques empiètent sur le gland, c'est une preuve qu'on a trop pris du prépuce, et il faut refaire les marques plus bas ; si elles se trouvent en de çà du gland, c'est là qu'il convient de placer la boucle. On perce donc le prépuce, à l'endroit de ces marques avec une aiguille chargée d'un fil ; on noue ensuite les deux bouts de ce fil, qu'on a soin de mouvoir tous les jours, jusqu'à ce que les bords des trous qu'on a faits soient cicatrisés. Alors, on ôte le fil, que l'on remplace par une boucle, qui sera d'autant meilleure qu'elle sera plus légère.)

C'était le forgeron qui fermait la boucle, et c'était encore lui qu'on devait appeler pour défibuler le jeune homme, comme celui dont parle Martial dans une épigramme (livre IX, 28) :

Jam pœdagagio liberatus, et cujus
Defibulavit turgidum faber penem

(Fraîchement émancipé de la tutelle de son pédagogue, et dont le forgeron a débouclé le pénis gonflé).

Cette boucle était d'argent, ainsi que le dit Pline dans son *Histoire naturelle* (XXXIII, 54) quand il se plaint que la lune se soit mise partout :

Jam vero pœdagogia ad transitum virilitatis custodiantur argento. (Les anneaux qui gardent la chasteté de nos serviteurs, à l'époque de la virilité, sont d'argent).

Les jeunes gens n'étaient pas les seuls à porter la boucle, les musiciens, les chanteurs, les acteurs s'y soumettaient également afin d'éviter, dans l'intérêt de leur voix, tout rapport sexuel.

Il est juste de reconnaître que Celse n'avait pas une très grande confiance dans le port de cet appareil : *Sed hoc quidem sæpius inter supervacua, quam inter necessaria est.* (Cette opération est plus souvent inutile qu'elle n'est nécessaire).

Aussi les satiriques criblent de leurs sarcasmes les infibulés :

Dic mihi simpliciter, comædis et citharœdis
Fibula quid præstat ? Carius ut futuant

s'écrie Martial (livre XIV, 215).

(Dis-moi franchement, à quoi sert la boucle aux comédiens et aux joueurs de cithare ? A faire payer plus cher leurs faveurs.)

Solvitur his magno comædi fibula, raille Juvénal (VI). Ce sont de grands frais pour les femmes que de briser la boucle d'un comédien. Et plus loin : *Si gaudet cantu, nullius fibula durat vocem vendentis prætoribus.* (Si ton épouse aime la musique, elle aura pour amants, en dépit de la boucle, tous les chanteurs gagés par le préteur.)

Si l'*Arsenale*, à Venise, et le Musée de Cluny, à Paris, peuvent montrer des spécimens des célèbres cadenas, aucun musée ne possède de boucle de chasteté. Cependant Fabrice d'Aquapendente, professeur anatomique à Padoue, en montrait une à son cours : « J'ay accoutumé, dit-il dans ses *Œuvres chirurgicales* traduites en 1643 à Lyon, de faire voir à mes auditeurs une boucle des anciens, que j'ai recouvrée du cabinet de cet illustre personnage, le sieur Jean Vincent Pinelle, et la mettre à la verge, pour faire voir comment on empêchait au temps passé les jeunes hommes d'exercer l'acte vénérien ».

Mais à défaut d'une boucle, il y a dans le cabinet du Collège Romain une curieuse petite figure de bronze, qui représente *le musicien infibulé*. Cette figure est, paraît-il, unique. Elle a été reproduite pour la première fois dans l'ouvrage de Winckelmann : *Monumenti antichi inediti*, paru à la fin du dix-huitième siècle, C'est cette reproduction que j'ai cru intéressant de donner ici. Winckelmann prétend



« que, quoiqu'on aperçoive dans la main de cette figure des instruments de musique, elle ne représente pas un musicien, mais plutôt un de ces squelettes que, durant la joie des festins, les anciens faisaient apporter au milieu de la salle du banquet, pour exciter les convives à se livrer au plaisir, par la considération de l'extrême brièveté de la vie humaine et de la métamorphose qui doit changer tous les hommes en squelettes ».

Quelle qu'elle soit, elle représente pour nous un curieux document de l'infibulation.

Les Romains ne nous ont heureusement pas légué cette bizarre coutume. Cependant on l'aurait retrouvée en Orient, chez certains fakirs et bonzes de l'Inde, chez certains Kalenders, Derviches, Santons et autres moines mahométans, chez certains moines grecs ; ces personnages,

par esprit de mortification et pour donner une preuve de leur chasteté, exhiberaient d'énormes anneaux à leur prépuce, et ils seraient d'autant plus vénérés que l'anneau serait plus grand et plus pesant.

En Europe, c'est l'art vétérinaire qui a recueilli ce procédé, et il l'a appliqué aux juments de bonne race dont on veut éviter la saillie prématurée ou trop fréquente ; mais ici c'est la jument qui porte l'anneau, c'est ce qu'on appelle *boucler les cavales*. Ce procédé est d'ailleurs, je crois, maintenant abandonné. Il est curieux aussi de rappeler que, dans certaines porcheries, on l'a appliqué au groin des porcs pour les empêcher de creuser la terre avec leur museau.

Cependant certains auteurs modernes, entre autres le docteur Pouillet, dans un *traité sur l'Onanisme*, recommandent encore l'infibulation contre la masturbation.

Dans une thèse parue à Strasbourg en 1815, sur les *dangers de l'onanisme*, le docteur Schwartz cite même un onaniste qui, pour se guérir de sa passion, s'était infibulé lui-même et était resté quinze ans dans cet état sans en éprouver le moindre inconvénient. Je ne sais si l'on peut conseiller un pareil procédé : le moins qu'on en peut dire, c'est qu'il ne favorise guère la propreté locale. Demarquay, dans ses *Maladies chirurgicales du pénis*, lui reproche même de provoquer le cancer du pénis, et il rapporte à ce sujet le curieux cas d'un monsieur, chef d'une importante manufacture, âgé de cinquante ans, qui, pendant cinq ans, avait porté au prépuce un et même deux petits cadenas d'or, que lui infligeait une maîtresse jalouse, et dont le prépuce devint si malade qu'il dut aller consulter Dupuytren.

Les Romains ont-il également fait porter l'anneau aux femmes. Certains auteurs l'ont dit, mais aucun document ne permet de l'admettre. Au reste, chez les peuples qui ont infibulé les femmes, ce n'est pas ce procédé que l'on constate ordinairement. Cependant il y en eut un cas dont fut témoin un de nos confrères en 1847 et qu'il a rapporté dans l'*Union médicale* de cette année.

Un employé des pompes funèbres, qui avait d'ailleurs habité l'Orient, avait infibulé sa femme en lui passant des fils de plomb dans les lèvres vaginales, mais la plaie s'étant infectée, il avait fallu faire appel au médecin.

Telle est, rapidement résumée, l'histoire d'une pratique assez peu connue et qui, pour avoir disparu de nos traités, n'en reste pas moins une curiosité de la médecine et des mœurs anciennes. Jules THIERCELIN.

MÉDECINE PRATIQUE

La colique mercurielle.

Par G. MILIAN, Médecin des Hôpitaux.

La *colique mercurielle* survient en général brusquement sans avertissement préalable. Quelquefois pourtant, elle est précédée des phénomènes de neurasthénie mercurielle que nous avons décrits ailleurs (1). Celle-ci est alors d'une intensité peu commune : le malade ressent une grande faiblesse dans les jambes ; il éprouve de la douleur au creux de l'estomac et aux reins et il présente une petite toux sèche très pénible ainsi que du mal de tête.

(1) MILIAN. — L'intoxication par l'huile grise. *Revue des hôpitaux*, juillet 1907.

L'anorexie est absolue, mais, par contre, la soif est vive ; il y a des nausées. de la tendance aux syncopes ; le sujet est pâle, souvent un peu subictérique.

Ces symptômes augmentent progressivement d'intensité et au bout de vingt-quatre heures atteignent toute leur acuité.

Le malade est cloué au lit avec une vive *douleur* épigastrique ou un violent point de côté qui l'étreint et l'empêche de dilater sa poitrine ; toute inspiration un peu accentuée est impossible, et à plus forte raison, l'inspiration forcée ; le moindre mouvement est douloureux ; aussi le malade est-il dans l'impossibilité absolue de sortir du lit ; à peine debout il est obligé de se recoucher. La pression large, superficielle ou profonde, du creux épigastrique ou du thorax n'amène au contraire aucune douleur. Une conséquence frappante de cette douleur est la *dyspnée* : la respiration est courte, superficielle, et, par suite, rapide, atteignant 50 ou 60 inspirations à la minute ; généralement silencieuse, cette dyspnée est quelquefois bruyante et angoissée comme celle d'un pneumonique. La *toux* sèche et incessante contribue encore à donner cette impression, mais le visage est *pâle* et non pas coloré comme celui du pneumonique. La *langue* est saburrale, la *constipation* est absolue, le *pouls* est rapide, atteignant 110 pulsations à la minute ; la peau n'est pas chaude, il y a souvent une *albuminurie* abondante au cours de cet accident.

C'est la *colique thoracique*.

La douleur thoracique, la toux, la dyspnée, font immédiatement penser à une affection pulmonaire. Nous verrons plus loin qu'il n'y a rien de semblable. Si le médecin connaît l'existence de la piqûre antérieure, il croit à une embolie pulmonaire ; s'il l'ignore, il pense à une violente attaque de grippe thoracique ou de pneumonie.

C'est en effet le diagnostic qui est toujours porté en ville par les médecins appelés d'urgence, et à qui on cache le traitement suivi antérieurement. C'est ainsi que j'ai vu certains de mes malades, au cours d'une série de piqûres d'huile grise, manquer la date fixée et revenir chez moi avec 8 jours de retard.

« Docteur, disent-ils, excusez mon absence de la semaine dernière, car elle a été bien involontaire. J'ai été très malade. J'ai eu une grippe extrêmement violente qui m'a obligé à garder le lit pendant 4 ou 5 jours. Mon médecin habituel que j'ai fait venir m'a fait appliquer des ventouses et prescrit des potions et de la quinine. Grâce à cela. je suis remis sur pied et je viens recevoir ma piqûre hebdomadaire. »

— « Avez-vous dit à votre médecin que vous suiviez un traitement mercuriel ? »

— « Je m'en serais bien gardé, car je ne veux pas qu'il sache mon état ; c'est un ami de la famille. »

— « A-t-il trouvé beaucoup de signes pulmonaires, votre médecin, en vous auscultant ? »

— « Il m'auscultait tous les jours en cherchant bien dans la poitrine, car il redoutait une pneumonie ou une pleurésie, mais il n'entendait presque rien. C'est une grippe que j'ai eue. »

Lorsqu'on ausculte, en effet, de pareils malades en pleine crise avec le plus grand soin, sans laisser un seul point du thorax inexploré, on constate que partout le murmure vésiculaire est normal et qu'il n'y a pas de bruits adventices. J'ai pratiqué cet examen chez plusieurs sujets, et à chaque jour de la crise, sans jamais découvrir le moindre signe stéthoscopique. On peut donc être assuré que ces accidents ne relèvent d'aucune complication pulmonaire.

Colique abdominale. — La forme thoracique de la colique mercurielle que nous venons de décrire est la plus fréquente. La colique abdominale s'observe peut-être une fois sur cinq environ.

La symptomatologie est la même dans les deux coliques, mais dans l'abdominale, les douleurs prédominent à la région périombilicale. Le ventre est rétracté, presque en bateau ; la constipation est invincible. C'est le tableau complet de la colique de plomb.

Evolution. — La colique thoracique atteint son apogée au bout de 24 heures, dure un jour avec toute son intensité, puis décroît progressivement pour se terminer en 3, 4 ou 5 jours ; elle cesse avec la constipation ; ici comme dans la colique de plomb, l'apparition d'une selle est le signal de la cessation des douleurs. La colique laisse après elle une certaine faiblesse et de l'amaigrissement, mais l'appétit revient vite et le malade recouvre rapidement forces et embonpoint.

Diagnostic. — Lorsqu'on connaît le traitement mercuriel par injections d'huile grise, suivi par le malade, le diagnostic de la colique mercurielle est réellement facile. Il suffit d'être prévenu de la possibilité du fait pour en reconnaître immédiatement la nature. L'arrivée des accidents, 12 à 24 heures après l'injection, leur évolution cyclique qui se déroule en 4 ou 5 jours, la « neurasthénie » qui les accompagne, en font distinguer la raison.

Ce n'est donc pas pour le syphiligraphe qui injecte le mercure que le diagnostic est difficile, mais pour le médecin habituel du malade.

Ainsi que nous le disions plus haut, celui-ci cache généralement à son médecin qu'il est syphilitique ; il lui cache également, et à plus forte raison, le traitement suivi en dehors de lui. Il le fait appeler pourtant pour cette « maladie qui lui arrive », car il ne suppose pas qu'il y ait quelque rapport entre elle et le traitement suivi.

Il est donc indispensable que le médecin praticien connaisse la « colique mercurielle », car, en ces temps d'injections à outrance, il se trouvera souvent en présence de pareils faits.

Le praticien lui-même est terriblement dérouté en présence de cette symptomatologie. Il se trouve devant les signes indéniables d'une affection pulmonaire aiguë grave, pneumonie ou pleurésie, il ausculte avec la plus grande attention, mais il ne trouve rien d'anormal. Il s'en tire en disant qu'il s'agit de grippe et en prescrivant quinine et repos au lit.

Il y a une affection qui simule la colique mercurielle thoracique, ce sont « les points de côté des alcooliques et les coliques de plomb » (1). C'est la même douleur subite et violente, c'est la même dyspnée, la même impression de pneumonie ou de pleurésie, la même absence de signes stéthoscopiques. Mais, en dehors de l'anamnèse qui peut rapidement lever tous les doutes, l'aspect général du sujet est très différent. L'alcoolique, en proie à ce paroxysme, est suffisamment intoxiqué pour présenter un faciès caractéristique : visage vultueux, yeux injectés avec subictère, trémulation des muscles de la face et de la langue, etc. Le diagnostic est inscrit sur le visage. Le faciès, dans la colique hydrargyrique, est pour ainsi dire inverse : pâleur, état syncopal, asthénie musculaire.

PATHOGÉNIE. — Quelle est la pathogénie de cette « colique mercurielle » ? La douleur thoracique, la toux, la dyspnée, ne seraient-elles pas causées par des embolies pulmonaires d'huile grise ? C'est l'idée dont on ne peut se défendre en présence de pareils symptômes.

Il n'en est pourtant rien. J'ai ausculté à plusieurs reprises des individus atteints de cet accident, sans pouvoir surprendre le moindre signe stéthoscopique. Or, quand une embolie pulmonaire se produit avec l'huile grise ou l'huile au calomel, c'est une véritable pluie de râles dans toute la hauteur des poumons, le liquide étant brassé dans le torrent circulatoire et envoyé dans tous les lobes sans distinction et d'une manière diffuse. D'ailleurs, l'absence d'expectoration sanglante ou même muqueuse permet également d'écarter cette idée d'embolie pulmonaire.

Les conditions dans lesquelles se produit cet accident nous permettent de le considérer comme un fait d'intoxication massive, comparable à la colique de plomb.

La colique, en effet, n'apparaît pas d'emblée, mais seulement 12 à 48 heures après l'injection, c'est-à-dire le temps nécessaire à l'absorption du produit. On ne l'observe jamais à la première injection faite chez un individu, mais toujours après une ou deux séries de piqûres et à la fin d'une série, quand le sujet commence à présenter des phénomènes d'intolérance, telle que la neurasthénie mercurielle. Ainsi un syphilitique traité ne ressent rien d'anormal pendant la première série de 8 piqûres. Six semaines après, on recommence une autre série : vers la 5e ou 6e piqûre, le sujet ressent de la fatigue générale, de la neurasthénie mercurielle ; à la 7e, éclate la colique.

L'imprégnation mercurielle de l'organisme n'est pas ici le seul facteur de l'accident. Lorsqu'on fait des piqûres dans une fesse qui en a déjà reçu un certain nombre, il revient très souvent du sang par la tubulure de l'aiguille ; c'est qu'il s'est fait de véritables hématomes, il s'est développé un tissu extrêmement vasculaire comme du tissu caverneux. Le mercure déposé dans un tel territoire est absorbé d'une façon massive, c'est évidemment cette rapidité de l'absorption qui produit l'intoxication aiguë.

Le système nerveux est l'organe le plus touché par le poison ; c'est sa souffrance que traduisent les douleurs thoraciques ou abdominales, et, comme dans la colique de plomb, c'est son irritation qui produit la constipation. C'est en vertu de cette symptomatologie et de cette pathogénie que nous avons cru pouvoir donner aux accidents que nous venons de décrire le nom de colique mercurielle, par analogie avec ce qui se passe pour la colique de plomb. La similitude peut être poussée très loin, puisqu'on sait qu'il y a un *liséré mercuriel* (1) identique au liséré saturnin.

(1) G. MILIAN. — Les points de côté des alcooliques. *Presse médicale*. 18 avril 1900, p. 191, et *Revue des hôpitaux*, mai 1905.

(1) G. MILIAN. — Liséré mercuriel, *Progrès médical*, 1909, p. 609.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 juin 1910.

Résorption des tumeurs expérimentales de la souris sous l'influence des rayons X. (Etude histologique). — M. A. ***Contamin*** a vu que les tumeurs greffées sur les souris subissent, lorsqu'elles sont soumises aux rayons X, une évolution pseudo-kystique analogue à celle que subissent spontanément les fragments des tumeurs greffés sur des sujets immunisés. Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1910.

De l'utilisation de la peau de certains poissons pour la préparation de fils chirurgicaux résorbables. — M. ***Kirmisson*** donne lecture d'un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M.

Chastenet de Géry (de Nantes). La peau de certains poissons, tels que l'anguille et le congre, donne des fils résistants, facilement stérilisables, de résorption rapide. Ces fils sont cependant inférieurs au catgut pour la souplesse et l'élasticité.

Les pachypleurites et les pleurésies intarissables. — M. *Dieulafoy.* — La plèvre en quelques jours peut fabriquer des quantités très abondantes de liquide. Les épanchements se reforment aussitôt évacués. Avec cela l'état général reste excellent, bien que la maladie se prolonge plusieurs années. La purulence et la fétidité peuvent envahir le liquide sans que la santé en soit compromise.

De plus, le thorax n'est pas déformé. Le liquide est stérile ou renferme des microbes de virulence très atténuée. La plèvre est très épaisse et l'aiguille doit être enfoncée très profondément, le poumon se dilate à peine. La décortication du poumon, selon le procédé de Delorme, semble la meilleure thérapeutique, mais les ponctions répétées, chez un malade, ont amené à elles seules la guérison définitive.

Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel. — MM. A. Poncet et Leriche. — Nombre de prétendues arthritiques à utérus pesant, douloureux saignant facilement, ne sont que des tuberculeuses latentes dont les lésions anciennes ont produit une sclérose diffuse qui s'est manifestée plus bruyamment à l'utérus qu'ailleurs, c'est-à-dire sous forme de métrite hypertrophique. Chez d'autres malades l'utérus est petit, scléreux ; ainsi en est-il à l'autopsie d'un grand nombre de phtisiques qui ont succombé à des formes lentes de cette infection pulmonaire.

Les lésions ne se bornent pas à l'utérus, elles s'étendent aux annexes : sclérose utéro-annexielle diffuse, ovarite micropolykystique, salpingite fibreuse, hydrosalpinx, telles sont les lésions qu'il est banal de rencontrer à l'autopsie des phtisiques.

C'est encore à l'action du poison tuberculeux qu'il faut rapporter un grand nombre d'observations d'*infantilisme partiel ou total des organes génitaux*.

A l'intoxication tuberculeuse appartiennent encore certaines névralgies pelviennes, des malaises nombreux, des troubles fonctionnels divers, des troubles menstruels, des métrorragies, de la leucorrhée, etc.

Tous ces désordres sont provoqués par le bacille de Koch ou ses toxines.

C'est enfin à la tuberculose inflammatoire, fonction de l'intoxication tuberculeuse et provoquant la transformation sclérokystique des ovaires, qu'il faut attribuer de nombreux cas de stérilité féminine. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juin 1910

Oosporose pulmonaire et dilatation bronchique. — MM. *Roger* et *Bory.* — Les oosporoses peuvent susciter dans l'appareil respiratoire les troubles et les lésions les plus variés : bronchite simple, tuberculose, bronchopneumonie, dilatation bronchique.

Les auteurs ont trouvé le même végétal dans les expectorations de deux malades. L'un atteint de bronchectasie consécutive à une pleurésie séreuse (souffle intense au sommet gauche sans râles, bon état général, pas de bacilles de Koch, pas d'albumine, mais oospora analogue à l'oospora dans les crachats). L'autre malade avait dans les crachats du bacille de Koch et de l'oospora, infection mixte.

D'après ces constatations et d'après les faits relatés dans la littérature médicale, les oosporas peuvent jouer un rôle important dans les dilatations bronchiques.

Hémiplégie transitoire chez un cardiaque. Guérison par ponction d'ascite. Pathogénie. — MM. *Hirtz* et *Beaufumé* : Un mitroartique en asystolie hépatique avec ascite est frappé dans la nuit d'hémiplégie gauche avec dysarthrie très marquée. Parencentèse, transformation à vue du malade : hémiplégie et dysarthrie disparaissent au fur et à mesure qu'on évacue le liquide et une demi-heure après, tout est rentré dans l'ordre normal. Il existait donc soit de la congestion cérébrale, soit plutôt de l'œdème cérébral, comprimant les zones motrices et disparaissant avec retour de la circulation normale. Par conséquent, trouble circulatoire transitoire dans l'encéphale entraînant une paralysie transitoire chez un cardiaque asystolique. A ce cas il faut opposer les cas inverses, où l'évacuation trop rapide d'une hydropisie a été suivie d'accidents cérébraux graves de diverses formes.

Artérite syphilitique unilatérale. — MM. *Hirtz* et *Gendron* présentent un homme, 40 ans, ancien colonial, paludique, sans stigmates de syphilis. En mars 1910, douleur brusque dans le membre supérieur gauche, à répétition, disparaissant et reparaissant brusquement ; en avril douleur plus forte et apparition d'une plaque de nécrose sur le gros orteil ; en mai nécrose du gros orteil, œdème du pied avec douleurs spontanées et provoquées ; réflexes normaux, pas de signes de Babinski ; les battements de la pédieuse ne sont perceptibles ni à droite ni à gauche, la fémorale bat nettement à droite, pas du tout à gauche. Il s'agit donc d'artérite de tout le système artériel à gauche. Le cœur est normal, rien dans les organes, pas d'Argyll, pas de troubles du système nerveux. On pourrait penser à un angiospasme, à type hémiplégique, mais il s'agit plutôt d'artérites multiples probablement d'origine syphilitique. Wassermann (positif). Traitement par injections intraveineuses de Hg.

Oligurie orthostatique et altérations rénales. — *MM. Linossier* et *Lemoine* considèrent l'accentuation anormale de l'oligurie orthostatique comme un signe très délicat d'altération légère du rein, à l'encontre de Vaquez et Collet, qui mettent l'oligurie orthostatique sous l'influence de modifications pathologiques extrarénales. Les auteurs admettent cette influence extra-rénale, mais elle n'agirait d'après eux que sur un rein altéré, et l'étude clinique d'un certain nombre de malades leur a démontré l'exactitude de ce fait. La lenteur de l'absorption gastro-intestinale dans la station debout, mise en avant comme cause de l'oligurie orthostatique par Collet, n'est pas en cause, comme l'a montré aux auteurs une troisième série d'expériences. Friedel

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 Juin 1910. — Présidence de M. Cayla, vice-président.

La fulguration (Présentation de malade). — M. *de Keating-Hart* présente un malade autrefois atteint de cancer du plancher de la bouche, avec adénite cervicale, et sans récidive depuis près de 2 ans. Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il a été considéré il y a un an, par M. Quénu, à la Société de Chirurgie, comme en voie de récidive et présenté comme un échec de la fulguration.

M. *Rosenthal* demande sur quoi s'est appuyé M. Quénu pour croire à une récidive.

M. *de Keating-Hart.* — Sur la présence d'une cicatrice nodulaire qui pouvait simuler un noyau de récidive ; mais ces cicatrices rétractiles, dans les plaies fulgurées, se voient fréquemment.

M. *Tolédano* demande si le nodule disparaîtra. M. de Keating-Hart pense que ce nodule, d'ordre cicatriciel, ne devra pas disparaître.

M. *Dartigues* estime également que ce nodule est cicatriciel.

Présentation de clichés. — MM. *Laquerrière* et *Delherm* montrent que les écrans renforçateurs actuels ne donnent pas de flou aux images et permettent de réduire considérablement les temps de pose (un 15e ou même peut-être moins).

Ils présentent une série de radiographies, en particulier cell d'un bassin d'enfant obtenue en un 5e de seconde.

Traitement électrique de la subinvolution utérine, suite de couche ou d'avortement. — M. *Laquerrière.* — Dans les cas récents, la faradisation, suivant la très ancienne technique de Tripier, forme un hémostatique de premier ordre et fait rétracter le muscle utérin sans risquer de faire de l'enchatonnement à une période plus tardive. La faradisation est encore un bon hémostatique immédiat, mais il est nécessaire, pour ramener le muscle utérin à son volume primitif, de recourir au courant continu.

Emploi du sérum antirhumatismal dans la chorée de Syndenham et le traumatisme chronique. — M. Georges *Rosenthal* rapporte une série d'observations de chorée et de rhumatisme chronique étudiées par le Pr. Berlioz, de Grenoble ; la chorée a été guérie dans six observations, dont cinq ont présenté des accidents sériques

légers. Dans les deux cas de rhumatisme chronique améliorés, il s'agissait de formes consécutives au rhumatisme articulaire aigu.

Plaie profonde de huit centimètres de la cuisse par balle de pistolet sans perforation du vêtement immédiatement sus-jacent. — M. ***Dartigues***. — L'auteur rapporte ce cas produit dans un duel récent. La balle de 12 millimètres tirée à 16 mètres de distance a traversé le pantalon, mais a repoussé un maillot de soie à une profondeur de 8 centimètres en l'envaginant comme un doigt de gant. Le projectile a, sur son passage, sectionné la veine saphène interne. M. Dartigues rapproche ce cas très rare de trois faits analogues signalés par Larrey, chirurgien des armées de l'Empire ; il a incisé tout le trajet sur une longueur de 8 centimètres et tenté avec succès la réunion par première intention.

M. ***Barbarin*** estime que les armes de duel actuelles sont comparables aux armes de combat du premier Empire, douées d'une puissance de pénétration assez faible. La balle présentée par M. Dartigues n'est nullement déformée, le maillot ne présente pas une éraillure. Il lui semble qu'on pourrait comparer l'entrée sous la peau de ce projectile coiffé du vêtement à ce que l'on observe quand on met. à l'aide d'une sonde cannelée, une mèche dans un trajet fistuleux. La sonde est-elle poussée un peu brutalement, la gaze est perforée ; l'est-elle avec douceur, elle entraîne la mèche. Les conditions de charge des pistolets de combat, de rayures des canons, de qualité de poudre, doivent être les facteurs du phénomène.

Discussion : MM. Helme, Chassevant, Depasse, Natier, Schnoull, Cayla.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 26 mai 1910.

La rectosigmoïdoscopie (Conférence par M. ***Bensaude***).—Elle est d'origine très ancienne, puisque Hippocrate paraît en faire usage et qu'on a trouvé un modèle de rectoscope dans les fouilles de Pompéi. Désormeaux, au milieu du IXe siècle, a inventé un endoscope et sa réputation fut telle qu'on vint le voir de l'étranger. Comme le tubage, né en France puis oublié, la rectoscopie par conséquent nous est revenue de l'étranger.

Mais les travaux récents ont montré qu'on peut introduire dans l'S iliaque des instruments rectilignes. C'est à partir de ce moment que la méthode a fait de grand progrès et qu'elle a été étudiée en France, spécialement par MM. Hartmann, Okynczyc, Lion, Bensaude. Le récent appareil présenté par l'auteur à la Société Médicale des Hôpitaux (6 mai 1910) a l'avantage de pouvoir être employé à volonté avec un éclairage externe ou interne. et d'avoir une seule tige éclairante, s'adaptant aux tubes de diamètre différent.

Les indications et les circonstances dans lesquelles la recto-sigmoïdoscopie peut être employée sont les suivantes :

1° Toutes les fois qu'un malade présente des symptômes locaux en rapport avec une affection de la région terminale du tube digestif tels que : douleurs, ténesme, selles muqueuses purulentes ou mélangées de sang ;

2° Toutes les fois qu'il y a des pertes de sang par l'anus dont l'origine n'est pas évidente, se rappelant que la présence d'hémorrhoïdes n'exclut pas l'existence d'un cancer ou de toute autre lésion de la muqueuse rectocolique.

3° Toutes les fois qu'une diarrhée chronique ne cède pas au régime et au traitement habituels ;

4° Toutes les fois que se produisent des signes d'obstruction intestinale dont la cause échappe.

5° Toutes les fois que l'état général du malade fait soupçonner un cancer sans que des symptômes précis en indiquent le siège.

Au point de vue thérapeutique, le rectosigmoïdoscope peut guider dans la dilatation des rétrécissements du rectum et permettre le traitement local (applications sèches, humides ou électriques) de certaines lésions inflammatoires et ulcéreuses de la muqueuse recto-colique. On ne peut sans doute pas substituer l'endoscopie recto-colique à tous les autres procédés d'exploration ; toucher, palper bi-manuel, radioscopie, examen des fèces, etc.

Ils viennent au contraire s'aider l'un l'autre ; ainsi le simple toucher fournit des indications précieuses là ou la rectoscopie est impuissante, et permet, par exemple, de reconnaître le canal induré d'une fistule rectale, de constater des infiltrations péri-rectales, etc. etc.

En résumé, l'endoscopie recto-colique peut découvrir des affections latentes, affirmer des diagnostics douteux, rectifier des diagnostics qui paraissaient évidents et aider dans une certaine mesure au traitement d'affections que leur siège rendait jusqu'à maintenant inaccessibles.

Le recto-sigmoïdoscope rend donc les mêmes services que le laryngoscope aux laryngologistes et le cystoscope aux spécialistes des voies urinaires.

Ce mode d'exploration est généralement non douloureux, sans aucun danger ; il mérite d'être plus répandu en France qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour.

L'anesthésie locale dans les grandes interventions—M. ***Peraire***, à propos de la communication de M. Jayle, faite à la séance précédente, confirme, en se basant sur son expérience personnelle, la possibilité d'opérer. avec l'anesthésie locale, des hernies, des appendicites à chaud, des néoplasmes mammaires avec adénite axillaire, et même de faire la ligature de la fémorale pour anévrysme.

Lr E. Agasse-Lafont.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 19 avril. — Présidence de M. Jules Voisin.

La graphologie envisagée au point de vue judiciaire. — M. ***Paul Joire***. — Un homme récemment convaincu d'un assassinat, que d'ailleurs il avoue, est considéré par tous ceux qui l'ont fréquenté comme un être très calme, très doux, sentimental, aimant son intérieur et menant une vie régulière. L'analyse de son écriture par M. Joire, d'après la graphologie scientifique, montre, contrairement à l'opinion générale et conformément à ce que l'enquête judiciaire ultérieure a dévoilé, qu'il était fourbe, dissimulé, menteur, violent, sans frein, jouisseur. La justice pourrait utiliser avec fruit la graphologie scientifique pour découvrir ou pour préciser des pistes.

M. ***Bérillon***. — L'examen d'une écriture peut assurément donner des renseignements sur le degré de culture intellectuelle de son auteur, et même sur la situation sociale. Par comparaison avec l'écriture antérieure on peut en tirer des déductions relatives aux changements survenus dans son état mental, mais on ne saurait y trouver de sérieuses indications sur sa valeur morale. A ce point de vue la lecture du texte serait plus instructive que l'examen des caractères de l'écriture. C'est en se plaçant sur le terrain moral que la graphologie s'expose aux critiques les plus fondées, la morale étant conventionnellement variable, chez le même individu, selon les circonstances et les nécessités sociales.

M. ***Louis Favre***. — Le plus grand désaccord règne encore entre les graphologistes pour l'appréciation des mêmes signes de l'écriture. La graphologie n'est donc pas encore arrivée à une période assez positive. Mais les études sur cette science doivent être poursuivies. Elles gagneront à l'être par des hommes de science.

M. ***Paul Magnin***. — Les aliénistes apprécient l'importance des changements survenus dans l'écriture des malades. Ils en éclairent leur diagnostic et leur pronostic. Les psychothérapeutes devraient entrer dans la même voie. Les exercices de psychothérapie graphique préconisés par le Dr Bérillon démontrent que si les troubles psychopathiques apportent une altération dans l'écriture, par contre la rééducation de l'écriture favorise considérablement la disparition des troubles de la mentalité chez les nerveux.

Utilisation du sens musculaire pour la rééducation des anormaux. — M. ***Jules Voisin*** expose la pratique de Mlle Mulot qui, à l'aide d'une sphère en relief, sorte de jouet à douze fuseaux, pouvant se déplier et se replier, enseigne aux voyants et aux aveugles la connaissance de la géographie par les sens tactile et musculaire, lesquels donnent des impressions plus vives, plus durables, plus exactes, éveillent plus particulièrement l'attention, provoquent la réflexion et appellent à leur aide les autres sens. De même la méthode de Frœbel, qui fait également appel aux sens tactile et musculaire, rend l'enfant docile, discipliné,

attentif, réfléchi, assouplit ses mouvements, lui donne des attitudes gracieuses, lui fait aimer l'ordre et l'autorité, même fait souvent disparaître des tics. Le contrôle des sens les uns par les autres, principalement par le sens musculaire, est un procédé très efficace d'instruction et d'éducation.

M. **Demonchy**. — Un des procédés les plus capables de fixer dans la mémoire les détails anatomiques, c'est de faire le modelage des pièces anatomiques, en particulier des os. L'intervention du toucher accentue la profondeur du souvenir.

M. **Bérillon**. — Le toucher et la sensibilité ne sont l'objet d'aucune éducation. Ce sont cependant des sens susceptibles d'un grand perfectionnement. A ce point de vue, les exercices de travail manuel devraient trouver place dans les programmes universitaires. Il ne pourrait en résulter qu'un avantage considérable pour l'éducation de l'adresse et de la dextérité.

M. **Paul Magnin**. — Tous les sens devraient être chez l'enfant l'objet d'une éducation minutieuse On ne verrait pas dans les rues tant de gens absolument déconcertés par les bruits qu'ils entendent et exposés par là aux accidents les plus graves.

Le rythme psychologique. Rééducation des arythmies motrices. — M. **Bérillon**. — Chaque être, dès qu'il se met en mouvement, présente un rythme qui contribue à caractériser sa physionomie habituelle. Le rythme propre à chaque individu constitue un des éléments fondamentaux de sa personnalité physique. Ce rythme varie selon les races, les tempéraments, les dispositions organiques et physiques, les professions et les conditions sociales. L'enfant est primitivement arythmique. Mais bientôt apparaissent des tendances à cadencer ses mouvements, à les régulariser et à les conformer au rythme du milieu ambiant. L'action de la musique, de la danse, de la gymnastique, du service militaire et surtout de l'imitation accentuent et perfectionnent ces tendances jusqu'au moment où le rythme moteur, propre à chacun, a acquis sa cadence définitive.

Chez l'individu normal, il existe un pouvoir d'accommodation plus ou moins étendu, qui permet de modifier momentanément le rythme selon les nécessités. Ainsi, un homme au rythme lent se mettra à courir pour éviter d'être écrasé par un véhicule.

Un certain nombre de causes amènent des ruptures passagères ou définitives du rythme. Sous l'inflence d'une émotion, de la timidité, d'une forte distraction, de la colère, la plupart des gens perdent le pouvoir d'adapter leur rythme au besoin du moment. Dans une panique, dans une foule agitée, tous les gestes deviennent incoordonnés et arythmiques. L'intoxication alcoolique produit le même effet. L'incoordination motrice des buveurs en est la manifestation la plus frappante.

La grossesse, l'obésité, la sédentarité, l'âge, les climats chauds, la gravité inhérente à certaines situations, ralentissent le rythme psychologique.

L'arythmie permanente est la conséquence de divers troubles pathologiques. La tachyphagie ou la gloutonnerie qu'on observe chez les impulsifs et les névropathes, la bradyphagie des abouliques sont également l'indice d'une perturbation profonde de leur rythme moteur. On rencontre des troubles d'arythmie fonctionnelle chez les hystériques, les choréiques, les neurasthéniques, les tiqueurs et les dégénérés. Les maladies organiques donnent lieu à des arythmies plus ou moins accentuées selon l'étendue des lésions.

Dans toutes les arythmies fonctionnelles on obtient par la rééducation psycho-motrice les résultats les plus efficaces. Elle rend également les plus grands services dans quelques affections organiques. Employé comme adjuvant à la rééducation des troubles du rythme moteur, l'hypnotisme abrège la durée du traitement ; il accentue la régularité et la profondeur du rythme suggéré et facilite le retour du pouvoir d'accommodation motrice.

M. **Blech**. — Les chants dont un grand nombre d'ouvriers accompagnent leur travail ont pour effet d'en régulariser et d'en améliorer les effets. Ces chants sont généralement très bien rythmés et adaptés au résultat qu'on en attend.

M. **Lionel Dauriac**. — Cette action du chant sur le rythme a été connue depuis la plus haute antiquité. La légende d'Amphion auquel on attribue la construction de remparts de Thèbes n'a pas d'autre signification. Lorsque l'on disait que les pierres venaient se placer d'elles-mêmes aux sons de la lyre, cela signifie que les efforts des ouvriers soutenus par le rythme de la musique produisaient des résultats surprenants.

M. **Paul Magnin**. — L'influence de la musique rythmée est surtout frappante dans le dressage des chevaux de haute école. Ils en suivent pour ainsi dire automatiquement la cadence. Quand on substitue un autre air à celui avec lequel ils ont été dressés, ils perdent le rythme.

M. **Ismaël Hamet**. — La musique arabe se compose surtout de sons très rythmés et le charme de cette mélodie réside plutôt dans la régularité du rythme que dans la mélodie. Or, l'action de cette musique sur les Arabes est considérable, ils ne se lassent pas de l'entendre et il est fréquent de voir les mouvements de leur corps scander le rythme de la musique.

M. **Demonchy** — La compréhension et l'adaptation du cheval au rythme sont un témoignage de sa perfectibilité. Ne pourrait-on pas conclure de là à la réalité de son intelligence ?

M. **Moret**. — Le rythme dans l'éducation du cheval joue un rôle moins important que la cravache et l'éperon. Les réflexes du cheval sont surtout disciplinés par la douleur et le souvenir qu'il en a gardé.

Dr **Bérillon**.— Les premières notions du rythme sont surtout données à l'enfant par le bercement et les chants cadencés des nourrices. Plus tard la danse bien rythmée exerce sur son développement moteur l'influence la plus favorable. Le goût qu'ils éprouvent pour cet exercice est la preuve de dispositions à l'adaptation sociale. J'ai observé chez les adolescents qui se montrent obstinément réfractaires à la danse une certaine gaucherie, de la timidité, un défaut de souplesse qui témoignent d'une réelle tendance à l'arythmie. Quand ils acceptent de se livrer à cet exercice on peut en augurer une rapide acquisition d'un rythme moteur régulier et d'une adaptation à la socialité.

La suggestion par le phonographe. — M. **Anastay** (de Marseille) rapporte une auto-observation. Réfractaire à l'autosuggestion vigile, il s'est rendu systématiquement accessible à la suggestion thérapeutique sous forme de suggestion faite par le phonographe, pendant le sommeil naturel ; l'effet produit par la suggestion était meilleur après ingestion de bromure de potassium.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 2 juin 1910

Sur le typhus exanthématique. — M. **Dauthuile** émet quelques réflexions qui sont le résultat de ses observations sur de nombreux cas de cette affection encore assez mal connue, qui tient un rang intermédiaire entre la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives.

Au point de vue de la *symptomatologie*, il met en garde contre la diversité des phénomènes morbides observés, en raison de la multiplicité des formes anomales de la maladie, qui sont capables, souvent, de dérouter le praticien non averti.

Le *traitement* qui lui a donné les meilleurs résultats peut se résumer ainsi : Soins incessants de la bouche ; boissons abondantes, acidulées ; alcool, café ; toniques cardiaques ; et, surtout, systématiquement, balnéation froide à 20°.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, le typhus exanthématique est une toxhémie essentiellement hémorragipare. On peut observer des hémorragies à tous les degrés et dans tous les viscères. Les plus fréquentes sont les hémorragies sous-dermiques, ordinairement superficielles, mais susceptibles de dégénérer en de véritables ulcérations gangréneuses ; les muqueuses, le cerveau, la plèvre, l'estomac, l'intestin, peuvent être le siège de suffusions sanguines.

M. Dauthuile décrit avec beaucoup de détails deux variétés de lésions qui paraissent peu connues. Ce sont des altérations du pancréas, consistant dans la pancréatite hyperplasique, hypertrophiante véritable cirrhose pancréatique ; puis des lésions méningées, qu'il a observées chez la plupart des malades ayant succombé au typhus : ce sont des lésions de méningite séreuse, externe et interne, caractérisées par de l'épaississement ventriculaire (arachnitis séreuse avec transsudation œdémateuse) sans réaction inflammatoire.

Kyste radiculo-dentaire ouvert dans le sinus maxillaire. — M. **Rouffiandis**. — Il s'agit d'un jeune soldat porteur d'anomalies dentaires multiples. Par contre, toutes ses dents sont parfaite-

ment saines et dépourvues de carie. Or, ce sujet présenta soudainement des phénomènes infectieux : d'abord, formation d'une collection suppurée au fond du sillon gingivo-labial, au niveau de l'extrémité de la racine de la 1re prémolaire gauche ; puis des signes indiscutables de sinusite maxillaire. Ces phénomènes évoluèrent d'une façon bénigne et cédèrent en douze jours au traitement institué.

L'auteur pense qu'il s'agit ici d'un de ces *kystes radiculaires* ou *appendiculaires*, décrits par Malassez, kystes d'origine épithéliale (Albarran). Il est curieux de constater que de pareils kystes puissent s'enflammer et provoquer des complications infectieuses, sans qu'aucune altération dentaire n'ouvre la porte aux agents septiques.

MM. ***Moty*** et ***Toussaint*** ont observé des cas semblables : ils ont noté les différences essentielles qui existent entre les suppurations du sinus maxillaire provoquées par des dents cariées et celles où les dents sont saines. Les premières sont beaucoup plus graves, plus tenaces, sujettes à des récidives plus fréquentes ; elles se caractérisent, surtout, par l'odeur fétide du pus sécrété.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — M. ***Bergasse*** rapporte l'observation suivante : un cavalier reçoit un coup de pied de cheval dans la région hypogastrique, à gauche de la ligne médiane. Quatorze heures après l'accident, comme le blessé présente des signes de probabilité de lésion viscérale : ballonnement du ventre, défense de la paroi, nausées puis vomissements, température 38°8, pouls petit à 130, une laparotomie médiane sus-ombilicale fut pratiquée. Après examen de tous les viscères abdominaux et dévidement complet de l'intestin, le chirurgien ne trouva, pour toute lésion, qu'une petite ecchymose de la face postérieure de l'estomac, près de la petite courbure, sans amincissement de la paroi, ne nécessitant aucune intervention.

Cette observation ressemble, presque trait pour trait, à celle publiée récemment à la Société par M. Dubujadoux, où l'intervention, provoquée pour un ensemble de symptômes alarmants, fit reconnaître une intégrité parfaite des viscères abdominaux. Ce fait confirme à nouveau cette opinion que les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, lorsque le choc porte en dehors de la ligne médiane et des fosses iliaques, c'est-à-dire sur un point de la paroi qui ne correspond pas à un plan postérieur résistant, s'accompagnent rarement de lésions viscérales : les anses intestinales fuient sous le choc et ne sont pas lésées. H. BILLET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 juin 1910

A propos de l'invagination intestinale chez l'enfant. — M. ***Péraire*** continue la discussion sur ce sujet.

Le traitement chirurgical des ostéosarcomes. — M. ***Baudoin*** — On pourrait s'étonner de voir les chirurgiens se servir du péroné presque entier pour faire des greffes osseuses. L'anatomie comparée montre que l'absence du péroné ne gêne pas la marche si la malléole est conservée et il est inutile de souder cette malléole au tibia. A propos d'un cas d'ostéosarcome observé par M. Abadie (d'Oran), M. Baudoin discute au point de vue moral les droits du père de s'opposer à une opération sur son enfant mineur.

Perforation d'un ulcère du duodénum simulant une appendicite. — M. ***Leuret.*** — Chez une malade opérée trois fois pour appendicite, l'analyse du liquide sortant de la fistule montre qu'il s'agit d'une perforation de la partie supérieure du tube digestif, et, en raison des dispositions anatomiques, probablement de la portion rétropéritonéale du duodénum. Il n'y avait pas d'écoulement de bile. La fistule se ferma après une seule injection de pâte bismuthée. M. ***Bonneau***, en raison de plusieurs particularités de l'observation, pense qu'il s'agit plutôt d'une perforation stomacale.

Péritonite puerpérale généralisée. Fistule stercorale. Dissection et enfouissement dans le gros intestin. Hystérectomie susvaginale (lecture) M. ***Lavenant.***

Deux néphrectomies pour hydronéphrose (lecture). M. ***Lavenant.***

Luxation latérale de la 4e vertèbre cervicale sur la 3e. M. ***Baudoin*** présente cette pièce provenant de fouilles préhistoriques de l'âge de la pierre polie.

Appendicite herniaire. — M. ***Delaunay*** présente un appendice chroniquement enflammé trouvé dans une hernie. Jamais la hernie n'avait été douloureuse.

Gouges à tranchant ondulé de Hennequin, présentées par M. ***Lœwy.***

Extirpation par la cystoscopie à vision directe d'une soie faisant une migration dans la paroi vésicale. — M. ***Le Fur.*** — Cette soie, longue de 28 centimètres, avait été appliquée lors d'une hystérectomie subtotale. M. LANCE.

Séance du 10 juin 1910.

A propos du traitement des ostéosarcomes des membres. — M. ***Paul Delbet.*** — L'amputation et la désarticulation donnent dans les ostéosarcomes de mauvais résultats ; mais il est difficile d'admettre que la resection limitée proposée par M. ***Huguier*** donne des résultats définitifs supérieurs. En fait, la désarticulation est une nécessité imposée par la possibilité de l'envahissement de la moelle et par l'envahissement habituel des muscles. Les statistiques montrent qu'après les résections, les récidives sont fréquentes, bien que la plupart des cas soient publiés beaucoup trop hâtivement.

La résection est indiquée seulement quand la radiographie montre un néoplasme petit et nettement limité.

La greffe homoplastique ostéopériotisque est un grand progrès. L'os de choix pour le greffon est le tibia sur lequel on peut prélever des greffes sans nuire à la solidité du squelette.

M. ***Huguier*** soutient que si l'on observe les indications posées par M. Gangolphe, la résection *parostale* donne de meilleurs résultats définitifs que l'opération dite radicale, car elle permet de faire une opération aussi complète et d'opérer beaucoup *plus tôt*, le patient acceptant plus facilement une opération conservatrice que le sacrifice du membre.

M. Huguier soutient aussi qu'il est bien préférable de prendre le transplant sur le péroné plutôt que sur le tibia du malade ; l'opération est beaucoup plus facile, n'exige aucune instrumentation compliquée, la solidité du membre n'est en rien troublée et la déviation du pied n'est pas à craindre si l'on a eu soin de conserver la malléole externe.

Néphrectomies pour hydronéphroses. — M. ***Riblaud*** fait un rapport sur deux observations de M. ***Lavenant*** concernant des néphrectomies pour hydronéphroses. Dans la première observation, à côté de l'hydronéphrose gauche, existait une ectopie rénale droite et l'exploration physiologique des deux reins indiquait une absence de fonctionnement du rein hydronéphrosé et l'existence d'albumine de l'autre côté. La malade fut bien et vite guérie.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une grosse hydronéphrose dans un rein à grand déplacement. La néphrectomie fut également suivie de guérison.

Fistule stercorale. — M. ***Cazin*** lit un rapport sur une observation de M. ***Lavenant*** relative à un cas de fistule stercorale consécutive à une péritonite d'origine génitale traitée avec succès par la dissection du trajet fistuleux et l'enfouissement de l'orifice intestinal à l'aide d'une suture en bourse.

Présentations. — M. ***Péraire*** présente deux appendices contournés en limaçon. Al. HUGUIER.

ANALYSES

Anesthésie lombaire à la novocaïne

M. Chaput, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a fait l'an passé à la *Société de chirurgie* (1), l'historique de l'anesthésie lombaire à la cocaïne. Cette année, le même chirurgien a rendu compte dans la *Gazette des hôpitaux* (2) de son expérience après une année d'emploi systématique de ce précieux anesthésique.

Du 1er février 1909 au 1er février 1910, écrit M. Chaput, j'ai

(1) Séance du 30 juin 1909.
(2) 26 avril 1910.

fait, avec le concours de mes internes, 405 anesthésies lombaires à la novocaïne.

La *technique* employée a été la suivante :

L'aiguille est à long biseau, à trou latéral, je l'emploie munie d'un mandrin incomplètement enfoncé. Lorsqu'elle a pénétré au-delà des ligaments jaunes, j'enfonce le mandrin à fond pour assurer la perméabilité de l'aiguille, et aussitôt après je le retire et le liquide s'écoule presque toujours.

J'ai évacué constamment 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, afin d'éviter l'hypertension consécutive.

La solution anesthésique est de la novocaïne à 4 p. 100 sans aucune addition. Je redoute particulièrement l'adrénaline qui a plusieurs fois occasionné des gangrènes cutanées entre les mains d'autres chirurgiens.

La dose de novocaïne injectée a été de 6 à 8 centigrammes 6 centigrammes pour les opérations basses, 8 centigrammes pour les laparatomies, un sein cancéreux a été enlevé avec 10 centigrammes (anesthésie lombaire).

La mortalité a été nulle sur nos 405 cas. C'est d'autant plus intéressant que je ne reconnais pas à la novocaïne les mêmes contre-indications qu'à la stovaïne lombaire. Nous avons opéré des sujets très âgés, des hernies étranglées, des malades épuisés et cachectiques sans aucune alerte,

Bref, je puis déclarer que la novocaïne lombaire ne présente pas d'autre contre-indication que la mort imminente. Notons cependant que les suppurations aiguës très douloureuses provoquent des cris malgré l'anesthésie lombaire et qu'il vaut mieux s'en abstenir dans ces cas. J'ajouterai que l'anesthésie lombaire est médiocre pour les opérations situées au-dessus de l'appendice xiphoïde, car elles nécessitent de hautes doses de novocaïne qui occasionnent une certaine excitation cérébrale.

Non seulement la novocaïne lombaire n'expose pas à la mort immédiate, mais encore elle est beaucoup plus bénigne que l'anesthésie générale au point de vue de la mortalité consécutive.

L'anesthésie générale altère le rein, et touche le foie plus ou moins profondément, comme l'a montré M. Tuffier, au contraire la novocaïne lombaire les laisse intacts.

En résumé voici les *conclusions* de M. Chaput :

1° J'ai fait cette année 405 anesthésies lombaires à la novocaïne à 4 p. 100, savoir : 109 opérations sur le membre inférieur, 70 sur la région ano-périnéale, 117 hernies, 100 laparatomies, 9 opérations sur le thorax et sur le cou.

2° La mortalité a été nulle.

3° La novocaïne ne présente pour ainsi dire pas de contre-indications ; elle est peu avantageuse pour les suppurations aiguës, pour les sujets craintifs, pour les opérations au-dessus de l'épigastre.

4° Les accidents immédiats n'existent pas ; il n'y a pas eu de syncope ; la pâleur et le ralentissement du pouls ont été rarement observés et ont cédé à la caféine.

5° La novocaïne lombaire diminue la mortalité post-opératoire en ménageant les reins et le foie.

6° Les céphalées post-opératoires ont été observées une ou deux fois sur cent cas.

7° Je n'ai pas observé de rétention d'urine, de vomissements, ni de paralysies consécutives.

8° ° Nous avons observé douze échecs d'anesthésie (3 p. 100) chez des sujets nerveux.

9° Dans ma pratique personnelle, l'anesthésie lombaire à la novocaïne est supérieure à l'anesthésie générale pour les opérations sous-ombilicales.

BIBLIOGRAPHIE

***La paralysie générale (Neurologie, Psychiatrie)*;** par A. Joffroy, professeur de clinique des maladies mentales, et Roger Mignot. Un vol. in-18 jésus, cartonné toile, de 450 pages, avec 29 figures dans le texte. (O. Doin et fils, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris. : 5 fr.)

La paralysie générale est, parmi les espèces cliniques décrites en psychiatrie, une des mieux différenciéees ; mais si l'on sait actuellement diagnostiquer cette maladie. par contre sa symptomatologie n'est pas encore connue d'une manière suffisamment précise et complète, on entrevoit à peine son étiologie et son anatomie pathologique, enfin l'étude de ses diverses variétés est, pour ainsi dire, complètement à faire. En somme, malgré le nombre très considérable de travaux consacrés à la paralysie générale, il est encore une foule de points primordiaux qui sont restés dans l'ombre.

Dans le présent ouvrage sur la paralysie générale, le professeur Joffroy et le docteur Roger Mignot ne se sont pas contentés de reproduire d'une manière complète les notions aujourd'hui définitivement acquises, ils ont de plus exposé les résultats de leur expérience et de leur observation des malades.

Après une description d'ensemble de la maladie, chacun de ses symptômes essentiels (la démence, les troubles oculaires, les troubles du langage, etc.) est longuement étudié dans autant de chapitres spéciaux où le sujet est pour ainsi dire épuisé.

Dans les pages suivantes, consacrées à l'anatomie pathologique, on trouvera une véritable revue générale de la question.

On sait quel désaccord sépare toujours en plusieurs camps aliénistes et neurologistes, relativement à l'étiologie et à la pathogénie de la paralysie générale ; les auteurs ont repris et exposé en une longue discussion leur opinion personnelle sur ce point.

Le diagnostic de la paralysie générale, ses formes et ses variétés, son traitement, les questions médico-légales qui s'y rattachent sont autant de sujets que le professeur Joffroy et le docteur Roger Mignot ont traités avec un grand souci des détails.

L'ouvrage se termine par une bibliographie de plus de 60 pages, qui rendra de réels services à tous les chercheurs.

Le volume que nous venons de présenter s'adresse à la fois aux étudiants, aux médecins et aux spécialistes : les étudiants et les praticiens y trouveront, sous une forme claire, la description méticuleuse d'une maladie qu'il faut très bien connaître ; les aliénistes et les neurologistes y liront une foule de renseignements précieux et l'exposé des doctrines soutenues par un maître aujourd'hui disparu.

***Des principales affections chirurgicales dans l'armée*;** par le Dr A. Mignon, professeur au Val-de-Grâce 1 volume in-8°, de VIII-541 pages, avec 183 figures dans le texte. (Masson et Cie, éditeurs : 10 fr.)

Chargé depuis plusieurs années de faire des conférences cliniques aux élèves de l'Ecole d'Application du Val-de-Grâce, l'auteur a adopté comme programme de prendre une maladie comme sujet d'un certain nombre de conférences et de montrer, à l'aide des malades du service, les diverses modalités cliniques de cette maladie dans l'armée. De cette façon, le docteur Mignon peut présenter dans ce volume la physionomie clinique des principaux traumatismes et des différentes affections chirurgicales de l'armée. Le présent volume est consacré aux leçons cliniques sur les sujets suivants : hernies inguinales ; indications opératoires des hernies inguinales ; hernies crurales ; hernies épigastriques ; appendicites ; complications des appendicites ; traitement des appendicites et de leurs complications ; du varicocèle ; des traumatismes du cou-de-pied par faux pas, sans déplacement du pied et avec déplacement du pied ; des lésions de la région tibio-tarsienne dans les chutes d'un lieu élevé sur la plante des pieds ; des lésions tarso-métarsiennes dans les chutes à terre du cavalier avec son cheval : des lésions du poignet par chute sur la paume de la main ; des traumatismes graves du crâne ; des suites éloignées des fractures des membres : de l'hystéro-traumatisme.

Cet ouvrage est de la plus grande utilité pour les médecins militaires, car ils y trouveront le diagnostic, l'exposition clinique et le traitement de toutes les affections chirurgicales qu'ils sont amenés à traiter journellement.

***150 consultations médicales pour les maladies des enfants*;** par J. Comby. Un volume, 2e édition, chez Masson 1910.

Ce volume ne diffère du précédent que par l'addition de 50 nouvelles formules. C'est donc dire que ce formulaire atteint la perfection et rendra service aux médecins que se sont pas assez familiarisés avec la pratique courante des maladies infantiles, d'autant plus qu'à chaque consultation sont ajoutées des considérations cliniques qui indiquent la nature de l'affection.

Dr Paul-Boncour.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pouvons-nous manger des fraises ?

Par M. E. SACQUÉPÉE,
Médecin-major de 2e classe,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les fruits mangés crus peuvent être éventuellement dangereux. Une première cause d'infection, commune à tous les fruits, vient des poussières qui les couvrent trop souvent, et qui peuvent être infectées ; il serait incontestablement désirable qu'on prenne les mesures, très simples, nécessaires pour éliminer cette source de contamination.

Un autre danger menace les fraises. Ce n'est un secret pour personne que des pratiques néfastes président maintes fois à leur culture ; qui de nous n'a pas appris qu'elles sont parfois soumises à l'épandage direct ! Il est inutile d'insister sur une cause aussi grossière d'infection ; cette souillure fécale massive nous menace infiniment plus que l'apport, même copieux, des poussières de la rue. Et ce n'est pas sans une certaine appréhension, justifiée en principe, que la plupart d'entre nous se laissent tenter par les fraises livrées dans le commerce.

Heureusement, il est facile de se mettre à l'abri du danger, même sans les faire cuire, comme on l'a proposé ; c'est ce que montrent les recherches qui suivent.

***

Les germes les plus dangereux à notre point de vue sont les pathogènes intestinaux répandus dans nos climats, bacilles typhiques et bacilles paratyphiques. C'est sur ces germes qu'ont porté les recherches. Dans tous les cas, on emploie des matières fécales liquides, renfermant une grande quantité des bacilles précédents ; on verse ces matières liquides sur les fraises, qu'on abandonne ensuite pendant 4 à 6 heures.

Les fraises étant ainsi infectées dans des conditions qui imitent exactement certains procédés de culture, on cherche par quels procédés pratiques la stérilisation peut être obtenue, sans nuire à la qualité du fruit.

Le rinçage dans un grand volume d'eau stérilisée, ou sous un courant d'eau, pendant 5 minutes, est très insuffisant ; le nombre des pathogènes diminue sensiblement, des 2/3 aux 3/4, mais il en reste encore beaucoup trop.

Par contre, on obtient des résultats décisifs en utilisant une technique culinaire bien connue ; il suffit de plonger les fraises dans une quantité de vin rouge telles qu'elles puissent être complètement submergées ; il faut agiter de temps à autre, de telle façon que la partie flottante ne soit pas toujours la même. L'expérience a été faite avec 4 variétés de vin rouge (Bordelais, Hérault) ; les divers échantillons de vins se sont comportés sensiblement de même manière. Alors qu'au début on trouve, par exemple, par centimètre cube d'eau de lavage (1), environ 5.000 bac. typhiques sur les fraises infectées, alors qu'on en trouve encore 1.500 après rinçage à l'eau, le nombre des bacilles tombe à 20 après 20 minutes de contact, à 5 après 30 minutes, à 0 après 45 minutes ; la stérilisation est obtenue après 40 à 60 minutes, suivant l'origine du vin.

On obtient des résultats identiques dans leurs grandes lignes, en substituant au b. typhique le bacille paratyphique B. Le temps nécessaire à la stérilistion est d'environ 45 à 60 minutes.

L'action du vin blanc est de même ordre : stérilisation après 30 minutes (vin du Bordelais).

Pour les personnes qui ne pourraient souffrir le vin, on peut recommander l'eau oxygénée ; diluée au 5e, elle assure la stérilisation en 30 minutes. Il faut ensuite rincer à l'eau stérilisée.

L'action antiseptique de l'eau oxygénée est utilisée couramment ; la valeur antiseptique du vin, de longtemps soupçonnée, a été démontrée naguère par Aloïs Pick, et par Sabrazès et Marcandier ; mais le vin et l'eau oxygénée ne sont pas seuls actifs dans les expériences précédentes, car la fraise elle-même possède un pouvoir de stérilisation réel.

A lui seul, en effet, le suc des fraises est déjà fortement hostile au développement des germes. Dans un mélange d'une partie de suc de fraises pour 19 parties de bouillon, le b. d'Eberth ne pousse pas. Versé dans le suc de fraises dilué au quart, le bac. typhique disparaît en quelques heures. A la longue, la fraise écrasée, lavée au préalable, se débarrasserait donc d'elle-même des germes pathogènes.

***

Dans la pratique, le procédé le plus simple paraît être le suivant : rincer les fraises à l'eau stérilisée (eau bouillie par exemple) ; les faire tremper ensuite dans du vin rouge pendant une heure.

Le vin qui a servi à la stérilisation peut être consommé sans danger.

Les remarques précédentes s'appliquent aux germes étudiés ci-dessus, b. typhique et b. paratyphique B ; d'autres germes, coli bacille et entérocoque, traités dans les mêmes conditions, subissent une réduction considérable (de 19/20 au moins après 1 heure de séjour dans le vin rouge) sans toutefois disparaître complètement. Il est inutile de s'effrayer de leur persistance en petite quantité, ces germes faisant normalement partie de la flore intestinale humaine.

(1) Deux mots sur la technique employée. Les fraises à examiner sont lavées dans une quantité toujours la même d'eau stérile ; on ensemence l'eau de lavage sur un milieu approprié (milieu d'Endo). Un calcul très simple permet de connaître le nombre de germes renfermés dan chaque centimètre cube d'eau de lavage.

Hernie inguinale droite étranglée contenant le cæcum et l'appendice ;

Par M. LAHAUSSOIS
Médecin-major, Répétiteur à l'école du service de Santé militaire.

La présence du cæcum et de l'appendice dans un sac herniaire n'est pas exceptionnelle ; mais des travaux récents ont appelé l'attention sur ce type de hernie, dont ils ont modifié et précisé l'interprétation anatomique. L'observation que nous rapportons présente sur ce point quelques détails anatomo-cliniques intéressants.

B..., 20 ans, jeune soldat, est hospitalisé le 5 janvier 1909 pour hernie inguinale droite étranglée. Les accidents remontent au 2 janvier au matin. En descendant de cheval, B... a ressenti tout à coup une douleur très vive dans la région de l'aine droite ; au même moment, l'hémi-scrotum droit se tuméfiait brusquement. La douleur se calma au bout de quelques heures, mais la tuméfaction a persisté. Depuis le début, il n'y a pas eu de vomissements ; les mictions et les garde-robes sont restées régulières et normales. Aucune altération de l'état général. La disparition rapide de la douleur explique que B... ne se soit pas inquiété plus tôt de la tuméfaction scrotale. Il

n'a jamais été malade, et n'accuse aucun antécédent herniaire.

Au moment de l'entrée, trois jours après le début des accidents, l'état général est excellent, la température et le pouls sont normaux. L'hémi-scrotum droit, tuméfié, a le volume d'un œuf de dinde à grand axe vertical. Tuméfaction lisse, légèrement tendue, douloureuse à la pression, opaque, sonore, irréductible, largement pédiculisée en haut du côté de l'orifice inguinal superficiel, où le doigt ne peut s'engager. Le pédicule semble se prolonger dans la fosse iliaque droite sous la paroi abdominale. Le testicule est assez peu nettement perçu à la partie postéro-inférieure de la tuméfaction.

Le canal inguinal gauche est largement perméable au doigt. L'hémi-scrotum gauche est aplati. Le testicule gauche est réduit au volume d'un haricot. L'examen des autres orifices herniaires reste négatif.

Intervention immédiate sous chloroforme. L'incision du sac herniaire sur toute sa hauteur donne issue à 60 grammes environ de liquide séro-hématique. Le sac ouvert contient juxtaposés le cæcum et l'appendice, et le testicule.

A la partie supérieure, le cæcum et la base de l'appendice sont étranglés dans l'anneau assez épais formé par un premier collet sacculaire, au niveau de l'orifice inguinal superficiel. Incision du grand oblique, et débridement de ce premier collet; puis, le petit oblique s'insérant bas sur l'arcade et empêchant de bien exposer le sac jusqu'à l'orifice inguinal profond, désinsertion du petit oblique sur une longueur de deux centimètres environ. Mise à nu d'un deuxième collet sacculaire formant virole fibreuse au niveau de l'orifice inguinal profond. Section large aux ciseaux de ce deuxième collet, qui enserre étroitement la base du cæcum. Nous pouvons alors explorer dans tous ses détails le contenu de la hernie.

Le cæcum, long d'environ 8 centimètres, à parois très congestionnées, ne paraît contenir que des liquides et des gaz. Il est libre sur toute sa surface dans le sac herniaire, sauf au niveau du collet sacculaire profond, auquel il est relié par un méso assez lâche, dont le bord inférieur, libre, mesure environ deux centimètres, et qui, présentant une extravasation sanguine sous-séreuse notable, descend sur le tiers supérieur de la face postéro-externe du cæcum.

L'appendice, longeant la face postéro-interne du cæcum, long de 10 centimètres environ, turgescent, complètement libre, descend jusqu'au contact du testicule, dont il reste indépendant. Le méso-appendice est épaissi, infiltré.

Le testicule et l'épididyme, d'aspect normal, occupent le fond du sac herniaire, qui représente ainsi le canal péritonéo-vaginal resté perméable sur toute son étendue, sans aucune ébauche de cloisonnement entre sa portion vaginale et sa portion funiculaire.

Appendicectomie. L'appendice, sectionné, était normal. Réduction assez facile du cæcum et du moignon appendiculaire. La paroi postérieure du sac est sectionnée en travers à sa base, et libérée en haut et en bas des éléments du cordon. Le méso-cæcum peut alors être reporté un peu plus haut avec le péritoine pariétal postérieur, et un surjet au catgut ferme la cavité péritonéale.

Un deuxième surjet reconstitue une cavité vaginale distincte. Suture de la paroi abdominale en deux plans musculaires.

Le lendemain de l'intervention, une broncho-pneumonie, intéressant la base du poumon gauche, est venue compliquer les suites opératoires, accompagnée d'un peu de suppuration sous-cutanée au niveau de la plaie.

Guérison rapide. Cicatrice solide, revue six mois après l'opération.

Revenons sur quelques détails de cette observation.

Il s'agit évidemment d'un sac herniaire congénital, par persistance du canal péritonéo-vaginal. Cette anomalie du développement était du reste bilatérale. Le sac est resté vide jusqu'au moment de l'effort qui a révélé la hernie inguinale droite. Pourquoi le cæcum et l'appendice s'y sont-ils engagés ?

Le cæcum n'était pas complètement libre dans le sac. La base du cæcum était rattachée en arrière au collet du sac par une adhérence assez lâche. Ce n'était pas une adhérence inflammatoire, mais une adhérence « charnue naturelle », ontogénique. Chez notre malade, l'anse iléo-colique n'est pas restée mobile, suspendue à la paroi postérieure par le mésentère commun. Elle a subi le processus d'accollement du péritoine viscéral au feuillet pariétal postérieur. Ce processus s'est arrêté en bas au bord de l'orifice inguinal profond, du côté de la paroi, et au tiers supérieur du cæcum du côté de l'intestin. Les deux tiers inférieurs du cæcum et l'appendice sont restés libres, et le fascia d'accollement, peu à peu étiré, a fini par former un méso-cæcum assez lâche. Les recherches d'Ancel, Leriche et Cavaillon ont bien précisé les phases de cette évolution (Cavaillon et Leriche, *Semaine médicale*, 1907, p. 133). Toutes les conditions favorables à la pénétration du cæcum dans le canal péritonéo-vaginal étaient réunies. (Lardennois et Okinkzyc. *Journal de Chirurgie*, septembre 1909) : le cæcum long, en situation basse iliaque, suspendu par des ligaments de longueur anormale au contact de l'orifice inguinal profond, s'est engagé dans le canal sous l'influence d'un effort violent, entraînant avec lui l'appendice et descendant d'emblée jusqu'au contact du testicule. La tension du méso-cæcum a limité la pénétration de l'intestin dans le sac herniaire juste au-dessous de la valvule iléo-cæcale.

Les accidents d'étranglement ont immédiatement suivi cette descente brusque. Comme c'est la règle dans la hernie inguinale congénitale, l'agent d'étranglement est ici représenté par les points rétrécis, inextensibles, du canal péritonéo-vaginal. Mais, en l'absence d'engouement, de coudure ou de torsion de l'intestin, de lésions inflammatoires, de pénétration du mésentère dans le sac herniaire, notre observation montre, comme pourrait le faire une expérience, le rôle joué dans le mécanisme de l'étranglement par les phénomènes vasculaires, sur lesquels ont insisté Jaboulay et Patel (*Traité de chirurgie*, les Hernies, 1908) : la gêne de la circulation veineuse, coïncidant avec la persistance d'une circulation artérielle réduite, a déterminé bientôt le gonflement œdémateux des parois intestinales, au dessous des viroles du collet sacculaire, entraînant l'irréductibilité de la hernie. Ce mécanisme nous est démontré ici par la congestion intense du cæcum et de l'appendice herniés, ne contenant que des liquides et des gaz, les suffusions sanguines sous-séreuses du méso-cæcum, l'infiltration du méso-appendice, l'épanchement d'un liquide séro-hématique abondant dans l'intérieur du sac.

L'étranglement s'étant produit au-dessous de la valvule iléo-cæcale, la circulation intestinale a continué normale. Les symptômes cliniques ont été ainsi assez peu marqués pour n'amener le malade à l'hôpital qu'au bout de trois jours, avant toutefois l'apparition du sphacèle intestinal qui se préparait insidieusement. S'il était nécessaire d'insister sur les méfaits du taxis, notre observation montre combien il eût été inutile et dangereux de le tenter.

Communications œso-pulmonaires dans le cancer de l'œsophage ;

Par MM. A. P. MARCORELLES et FERRAN,
Internes des hôpitaux de Paris.

La perforation des voies aériennes au cours du cancer de l'œsophage est une complication relativement fréquente de cette affection ; mais alors que les fistules œso-bronchiques et œso-trachéales sont assez souvent signalées, les communications œso-pulmonaires sont, au contraire, beaucoup plus rares.

Le cancer ulcère les parois œsophagiennes enflammées ; celles-ci adhèrent aux plèvres et au poumon, et l'ulcération gagnant, de proche en proche, aboutit à la formation d'un foyer pulmonaire gangréneux et détermine ainsi une communication entre l'œsophage et les voies aériennes.

La symptomatologie souvent fruste rend le diagnostic de ces complications souvent très difficile et explique comment elles n'ont été, pour la plupart d'entre elles, que des trouvailles d'autopsie. Nous avons récemment vu un cas de communication œso-pulmonaire où les signes cliniques ont permis de faire le diagnostic.

Pierre J..., 58 ans, cordonnier entre le 19 septembre 1909, dans le service du docteur PARMENTIER à l'hôpital Tenon, parce que depuis deux mois, il rend presque aussitôt après leur ingestion les aliments solides. Rien de spécial dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Le 8 juillet, 1909 brusquement, le malade, qui jusqu'à ce jour avalait et digérait bien, a une régurgitation au moment du repas après avoir pris quelques bouchées d'aliments. Depuis cette première régurgitation, il n'a pu avaler d'aliments solides.

Pendant les premiers temps (juillet et août), les purées et les légumes hachés passent bien, mais, depuis le 15 août environ, il ne s'alimente plus qu'avec du lait. Donc, pas de rémission dans cette dysphagie qui paraît progressive.

En dehors de toute déglutition, il éprouve une douleur œsophagienne permanente. Depuis 6 semaines la déglutition de la salive réveille une douleur plus ou moins vive.

Le malade se décide à entrer à l'hôpital le 19 septembre ; il est très amaigri, pèse 45 k.500 au lieu de 54 deux mois avant ; il est très affaibli. Son appétit est conservé, mais il ne peut s'alimenter qu'avec du lait et des bouillies claires ; encore les rend-il souvent en partie.

Il n'y a pas de signes de compression de voisinage. On note un ganglion sus-claviculaire gauche de la grosseur d'une noisette et un à droite, plus petit. L'estomac semble dilaté mais ne clapote pas. Le foie et la rate paraissent normaux. Au sommet droit, on note du retentissement de la toux, de la diminution de la respiration, un peu de submatité ; quelques râles à la base gauche.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Examen du sang :

GR			5.100.000
GB			11.000
Poly		63	
Mono moyens	18	31	
petits	13		
Lympho		4	
Eos		1	

Examen radioscopique : un cachet de bismuth descend lentement jusqu'à la 6e dorsale environ et s'y arrête, provoquant des efforts de vomissement. Pourtant il n'est pas expulsé et disparaît peu à peu. Un lait de bismuth avalé passe aussi facilement ; au bout d'un instant on voit se dessiner le bord inférieur de l'estomac qui descend à peu près au niveau de la ligne biiliaque.

L'examen œsophagoscopique pratiqué par M. GUISEZ montre un néoplasme de l'œsophage à la partie moyenne.

Vers le milieu d'octobre, le malade s'alimente mieux. Il semble que la sténose œsophagienne ait été aggravée au début par le fait d'un élément spasmodique, qui, cédant peu à peu, permit au malade d'ajouter à son alimentation des potages, des œufs et même un peu de viande.

Le malade sort fin octobre.

Mais peu de jours après, sans cause apparente et d'une façon insidieuse, il commence à tousser et à cracher. Son expectoration devient rapidement abondante et prend une odeur fétide ainsi que son haleine. En supprimant les œufs de son alimentation, cette fétidité s'atténue.

Il entre à nouveau dans le service le 11 novembre 1909.

Son état général est précaire, il a maigri, pâli; ses yeux sont cernés, il est très affaibli. Température 38° 5. Pouls 120. Il se plaint de fatigue générale, de douleurs lombaires et d'un point de côté en avant, au niveau des fausses côtes gauches, point de côté que la toux exaspère. Il tousse beaucoup et expectore des crachats abondants, visqueux, verdâtres, très fétides, composés d'une partie purulente et d'une autre aérée. Le décubitus latéral et la position assise augmentent la toux.

Le malade avale le lait facilement, son ingestion n'est pas douloureuse ; toutefois, il a souvent des régurgltations, peu abondantes, du reste.

Nous trouvons du côté des autres appareils les mêmes signes qu'antérieurement ; cependant, en auscultant le poumon gauche, on s'aperçoit qu'en arrière, dans la moitié inférieure, il existe un foyer de râles sous-crépitants fins avec submatité et augmentation des vibrations ; on entend quelques râles sous-crépitants du côté droit. M. PARMENTIER pense alors à une communication œso-bronchique ou œso-pulmonaire.

Le 16 novembre, M. MORESTIN pratique une gastrostomie : le malade meurt après 48 heures.

Autopsie le 18 novembre. — On trouve un peu de liquide dans le péricarde. Du côté des plèvres, on trouve des adhérences à droite et à gauche. L'œsophage adhère au poumon gauche, à l'aorte et à la plèvre médiastine gauche. Après enlèvement en masse des organes, on peut constater de nombreux ganglions interbronchiques ; en arrière du cœur, au-dessous de la bifurcation de la trachée, l'œsophage est légèrement augmenté de volume et la palpation révèle à ce niveau un changement de consistance. Il adhère d'une part à l'aorte sur une étendue grande comme une pièce de deux francs, et à la plèvre et au poumon sur une étendue beaucoup plus considérable.

En coupant l'œsophage sur toute sa longueur, on voit : 1° à la hauteur du hile, deux ulcérations étroites, allongées verticalement de 8mm et 15 mm de hauteur, toutes deux à bords très épais, surélevés, limitant une perte de substance linéaire.

2° Dans le segment inférieur, une vaste ulcération de 7 cm. de hauteur, de forme losangique, à grand axe vertical, descendant jusqu'au voisinage du cardia, se rétrécissant en haut et en bas; elle atteint son maximum de largeur un peu au-dessous de sa partie moyenne jusqu'à occuper la presque totalité de la circonférence de l'œsophage. Les bords sont surélevés et décollés ; le fond est tomenteux et grisâtre. En son centre, sur la paroi postérieure et gauche de l'œsophage se voient deux orifices, l'un inférieur regardant en haut et donnant accès dans un petit diverticule qui s'insinue obliquement dans la paroi

œsophagienne à 1 cm. de profondeur ; l'autre, au-dessus du précédent, mais plus à gauche, communique avec une poche formée par des adhérences qui unissent entre eux l'œsophage, l'aorte, la plèvre et le poumon qui adhère à celle-ci.

De cette poche, par un petit trajet du calibre d'une plume d'oie, on pénètre dans une vaste excavation pulmonaire de la grosseur d'une mandarine, qui siège tout en arrière dans le lobe inférieur gauche, à peu près à sa partie moyenne.

Elle est remplie de pus grisâtre, fétide. Les parois en sont irrégulières. Tout autour, le tissu pulmonaire est hépatisé.

Dans toute cette portion inférieure, la paroi œsophagienne est épaissie, mais le calibre intérieur de l'œsophage n'est pas modifié. Il n'y a pas de poche au-dessus de l'ulcération qui, du reste, ne rétrécissait pas d'une façon sensible la lumière du conduit.

L'estomac est dilaté. Rien de spécial à noter du côté du foie, de la rate et des reins.

Au sommet du poumon droit, se voit une lésion tuberculeuse ancienne, cicatrisée.

Les coupes portant sur la grande ulcération et sur une des deux petites ont montré un épithélioma pavimenteux avec bourgeons épithéliaux pénétrant dans la sous-muqueuse et quelques globes épidermiques.

Le ganglion sus-claviculaire gauche présente une hyperplasie de son tissu conjonctif, ainsi que de ses éléments lymphoïdes, avec, par places, des zones d'envahissement épithéliomateux.

La paroi de la caverne pulmonaire est le siège de lésions inflammatoires et dégénératives, mais sans qu'il y ait trace de propagation cancéreuse.

Nous avons pu recueillir 12 observations où la communication œso-pulmonaire a été signalée et, si dans plusieurs cas elle a passé inaperçue, dans d'autres, au contraire, les auteurs ont pu la diagnostiquer au cours de la maladie.

C'est en général une complication très tardive ; elle survient quand depuis longtemps la sténose œsophagienne s'est manifestée par ses signes habituels, précédant le plus souvent la terminaison fatale de 8 à 15 jours, et dans ce cas, elle survient à titre de complication ultime. On a vu cependant le malade survivre encore un mois et même trois mois.

Le début peut être brutal : c'est ou bien une sensation de craquement dans la poitrine ou une douleur thoracique violente ou encore une dyspnée brusque accompagnée d'expectoration abondante. Dans un cas, le passage de la sonde, chez un malade qui avait déjà subi plusieurs cathétérismes, a déterminé un accès brusque de suffocation.

Mais le plus souvent le début est insidieux : c'est une simple gêne de la respiration ; ou bien le malade, qui toussait déjà, crache plus abondamment, ses crachats et son haleine deviennent fétides ; ou bien encore l'ingestion des liquides provoque de la toux et de la suffocation, ce qui, pour M. Galliard, serait en faveur d'une large communication entre le poumon et l'œsophage.

Plus tard, à côté des signes précédents, on peut noter des signes plus précis. Les crachats sont modifiés d'aspect et de quantité ; beaucoup plus abondants, ils contiennent parfois des détritus alimentaires facilement reconnaissables, du lait, en particulier, et des débris de viande ; par le repos cette expectoration se divise en trois couches, la supérieure aérée, la moyenne liquide, la plus inférieure contenant des particules alimentaires et des débris sphacélés.

Dans un cas signalé par M. Galliard, « dès que le malade a pris trois ou quatre gorgées de lait, on le voit saisir rapidement son crachoir et rejeter, après quelques secousses de toux, des crachats nummulaires blanchâtres, semés de bulles d'air, il crache du lait finement aéré, il y a donc de *l'expectoration alimentaire*. »

Disons enfin que les changements de position peuvent déterminer ou augmenter la toux.

Dans un cas (Maas), le malade avait, en outre, des hémoptysies très abondantes et répétées qui, pour cet auteur, semblaient venir autant du poumon que de la tumeur œsophagienne elle-même, se rapprochant ainsi des hémoptysies de la gangrène pulmonaire.

L'exploration à la sonde a pu donner des renseignements utiles ; introduite dans l'œsophage elle livre passage à l'air expiré, montrant ainsi nettement la communication de l'œsophage avec les voies aériennes. Si l'on verse de l'eau dans la sonde, le malade est pris de toux violente et de suffocation : cette réaction intense est due à la pénétration du liquide dans la caverne pulmonaire. Toutefois, cette exploration doit être faite avec beaucoup de circonspection, car elle n'est pas sans danger, puisqu'elle a été accusée, comme dans le cas de Carrier, d'établir elle-même la communication œso-pulmonaire.

Dans les quelques observations où l'auscultation a été pratiquée, on a noté des signes variables ; quelques râles de bronchite aux bases, ou encore des signes de pleurésie ; enfin parfois des signes plus précis révèlent la lésion pulmonaire, comme dans notre observation. Une fois seulement, on a constaté des signes de caverne évidents : matité, souffle, retentissement de la voix et de la toux (Lenoble et Attila).

En même temps que ces signes physiques et fonctionnels, on constate chez le malade une grave atteinte de l'état général. La fièvre peut manquer, elle peut apparaître et osciller alors entre 37°5 et 39°, expliquée suffisamment par la septicité du contenu de la caverne pulmonaire. Le facies s'altère, la cachexie et la dénutrition font de rapides progrès. Une fois l'ictère a été signalé.

L'évolution, souvent mortelle en quelques jours, a pu cependant se prolonger pendant quelques mois, comme nous l'avons vu.

La mort survient soit par les progrès de l'affection, cachexie cancéreuse et septicémie, soit par une complication intercurrente, hémorragie, dans un cas, ou pneumonie lobulaire. Notre malade, revenu trop tard dans notre service, dans un état d'affaiblissement extrême, n'a pas pu faire les frais de sa gastrostomie. Enfin, signalons la mort brusque, comme dans le cas de M. Galliard, où le malade semble avoir succombé à une gastrorrhagie, ainsi que permit de le supposer la présence d'un énorme caillot dans l'estomac.

Au point de vue anatomo-pathologique, la communication œso-pulmonaire se voit presque toujours comme complication d'un cancer de l'œsophage bas-situé, à la partie inférieure de la portion thoracique. Toutefois elle a été observée dans le cas de cancer siégeant à la partie moyenne et même une fois à la partie toute supérieure de cette même portion (Vigla).

L'œsophage est en général atteint sur une assez grande hauteur et le néoplasme occupe sinon toute, du moins la plus grande partie de la circonférence.

La paroi œsophagienne est épaissie, infiltrée. Sa surface intérieure est occupée par une ulcération non bourgeonnante : au-dessus il n'y a pas de poche, ni même de dilatation œsophagienne.

Nous avons donc surtout affaire à une forme ulcérante et les signes de sténose paraissent dus tout autant au spasme surajouté qu'à la lésion elle-même, qui, dans

nombre de cas, et dans le nôtre en particulier, n'avait amené qu'un rétrécissement minime de la lumière œsophagienne.

Il est des cas où la communication entre l'œsophage et le poumon est directe ; l'œsophage lui adhère et communique largement avec lui. Mais le plus souvent la communication est indirecte se faisant par une sorte de trajet : celui-ci est plus ou moins compliqué, suivant qu'il y a adhérence intime entre le poumon et l'œsophage ou qu'il s'est produit entre eux un foyer circonscrit de médiastinite suppurée.

Ces deux dernières éventualités sont aussi fréquentes l'une que l'autre et l'on peut trouver soit un trajet fistuleux de la grosseur d'une plume d'oie environ, soit une petite cavité intermédiaire de la grosseur d'une noisette ou plus, véritable abcès du médiastin qui réunit le poumon et l'œsophage et communique par un orifice plus ou moins étroit avec la cavité pulmonaire d'une part et la lumière œsophagienne d'autre part.

Le poumon droit est, de beaucoup, le plus fréquemment atteint (onze fois sur treize observations) ; la caverne siège dans le lobe inférieur. Cependant VIGLA a vu une ulcération cancéreuse de l'œsophage haut située communiquer par un trajet fistuleux avec une excavation du sommet droit.

Quant à la lésion pulmonaire, elle consiste essentiellement en une perte de substance sous forme d'une caverne volumineuse de la grosseur d'une mandarine, à parois anfractueuses, déchiquetées, contenant un liquide grisâtre et puriforme ; parfois on trouve plusieurs cavernes de petites dimensions.

Tout autour se voient des lésions d'hépatisation : le poumon est dense, grisâtre ; plus loin, le parenchyme est simplement congestionné.

En dehors des lésions de symphyse pleurale ou de pleurite qui existent nécessairement au niveau de la zone d'adhérences pleuro-pulmonaires et du parenchyme pulmonaire atteint, les plèvres sont en général saines ; toutefois, dans le cas de MAAS, il y avait de la pleurésie purulente, mais sans communication avec le foyer gangréneux du poumon.

On peut rapprocher ce fait de celui qu'ont rapporté MM. GENTÈS et ROCHE à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux (26 février 1900). Leur malade, au cours d'un cancer de l'œsophage, avait présenté des signes de pleurésie purulente vérifiée par la ponction, et suivie de vomique. L'autopsie a montré en plus l'existence d'un foyer gangréneux pulmonaire, qui, ainsi que la plèvre, ne présentait aucune communication avec la lumière de l'œsophage. Il s'agissait, pour ces auteurs, d'une propagation de l'infection par voie lymphatique.

Y a-t-il propagation cancéreuse au poumon ? La plupart des examens microscopiques manquent ; parmi ceux qui ont été faits, on voit que SAVILL seul a rencontré une dégénérescence cancéreuse du parenchyme pulmonaire constituée par quelques rares cellules néoplasiques isolées et disséminées dans le lobe inférieur du poumon droit ; il y avait donc une extension très limitée du néoplasme au poumon. Cette dégénérescence n'est pas signalée dans l'observation de M. GALLIARD ; elle n'existe pas non plus dans notre cas.

Fétidité de l'haleine et des crachats avec aggravation de l'état général, expectoration alimentaire, survenant chez un malade porteur d'un cancer de l'œsophage, issue de l'air par la sonde et crises de suffocation et de toux après introduction de celle-ci, tels sont les signes principaux de la communication œso-pulmonaire.

A vrai dire, l'apparition de ces symptômes laisserait plutôt croire à une communication avec la trachée ou les bronches, du fait de la plus grande fréquence de ces derniers accidents ; toutefois, dans ces cas, les accès de dyspnée, de toux, de suffocation sont plus violents, le rejet des liquides après leur injection est beaucoup plus net et plus abondant. On note fréquemment la sortie plus bruyante de l'air par la sonde introduite dans l'œsophage, enfin on a signalé un gargouillement trachéo-œsophagien, bruit spécial ressemblant au râle trachéal. Dans les fistules œso-pulmonaires, ces signes sont beaucoup plus atténués.

En outre, l'exploration attentive du poumon, la radioscopie, l'examen histologique des crachats montrant des fibres élastiques et des débris de parenchyme pulmonaire, permettront d'affirmer un foyer gangréneux du poumon en communication avec l'œsophage.

Chez un malade atteint de cancer de l'œsophage il faudra reconnaître, pour l'éliminer, une lésion pulmonaire coexistante, mais sans relation directe avec le néoplasme œsophagien, telle qu'une caverne tuberculeuse ou surtout un foyer de gangrène pulmonaire, par déglutition de produits septiques.

Plus difficile serait à interpréter le cas de GIRODE, où le malade porteur d'un cancer de l'œsophage compliqué d'une périœsophagite suppurée communiquant avec la lumière de ce conduit, fit secondairement des foyers de broncho-pneumonie de déglutition.

En face de cette complication, la gastrostomie d'urgence est, d'après M. GALLIARD, le seul traitement à mettre en œuvre. Son malade, qui a refusé l'intervention et cependant a survécu un mois à sa perforation, aurait pu peut-être en tirer quelque profit.

Bien que chez notre malade, le seul qui ait été gastrostomisé, cette opération faite dans un état très avancé de cachexie n'ait pas donné de résultat, nous pensons cependant que chez un sujet dont l'état général est relativement satisfaisant et dont la complication pulmonaire est de date récente, la gastrostomie précoce permettra de prolonger son existence en facilitant son alimentation, en mettant son œsophage au repos et en atténuant les causes d'infection pulmonaire.

BLEULAND. — De œsophagi strictura, 1785.
CARRIER. — *Archives de médecine*, 1831.
GRISOLLE. — *Bulletins et mémoires de la Société anatomique*, 1832.
MOUTARD-MARTIN. — Bibliothèque médicale, XXXIII.
VIGLA. — *Archives de médecine*, 1846.
LABORDE. — *Société de Biologie*, 1859.
ARTHUS. — *Bulletins et mémoires de la Société anatomique*, 1874.
SAVILL. — *Bulletins et mémoires de la Société anatomique*, 1887.
GIRODE. — *Bulletins et mémoires de la Société anatomique*, 1891.
MAAS. — *Berl. klin. Woch.*, 1894.
GALLIARD. — *Soc. méd. hôp.*, 1896.
— *Médecine Moderne*, 1896.
— Nouveau traité de médecine, 1906.
LENOBLE et ATTILA. — *Bul. et mém. de Société anatom.*, 1905.
A. P. MARCORELLES et FERRAN. — *Bull. et mém., de la Société anatomique*, 14 janvier 1910.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les ceintures magiques et les rites circumambulatoires dans la guérison des maladies

Les médecins ayant examiné un grand nombre de malades ont peut-être remarqué des sujets porteurs de cein-

tures placées à même la peau et ornées de médailles. Le fait existe dans tous les mondes : le riche possède une ceinture d'un tissu plus fin et plus recherché ; l'ouvrier est entouré d'une corde grosse et nouée de place en place. Elégants ou grossiers, ces liens sont magiques : ils ont touché le tombeau d'un saint guérisseur, ou bien ils ont été trempés dans une fontaine douée d'une vertu curative, ou bien ils sont faits d'une substance ayant une influence spéciale contre telle ou telle affection.

Qu'on sache bien que cette coutume n'est pas, malgré ses apparences actuelles, le résultat unique d'une influence chrétienne. Elle est vieille comme le monde : à toutes les époques, des ceintures ont eu une signification symbolique : à Rome, en Grèce, partout, des vertus spéciales étaient attachées à certains liens, et le christianisme se garda bien de supprimer cette croyance fortement enracinée : il s'en empara en se contentant de modifier les rites, et le peuple crédule porta des ceintures consacrées par une cérémonie quelconque à un saint guérisseur. De cette façon, au paganisme, se superposa le christianisme.

Ce qui est curieux et montre bien l'origine lointaine de la coutume, c'est le rapprochement qu'on peut faire entre ces liens du corps humain et certains rites enveloppants.

Mon excellent ami Paul Sébillot, le plus érudit des Folkloristes, m'a communiqué à cet égard un travail fort intéressant (1) auquel je fais de larges emprunts.

L'idée de lier les maladies et surtout les mauvais esprits qui les incarnent, était une idée primitive fort répandue chez les païens. Elle s'est longtemps exprimée par un lien magique, puis se réalisa en un rite magique. A Valenciennes existe une N.-D. du Saint-Cordon qui a produit un miracle utilisant cette idée de lien. La peste désolait la ville et à un moment donné, la vierge fut aperçue tenant dans la main un immense cordon rouge qui enveloppa la cité d'une ceinture protectrice. La peste disparut.

Au XIVe siècle, à Montpellier, les consuls décidèrent de faire brûler dans la chapelle de St-Sébastien (2) un rouleau de cire capable d'entourer la ville et ses murs.

Pour accomplir le rite d'une façon matérielle, on eut aussi l'habitude d'entourer les églises (ceinture d'églises). Dans les épidémies, les familles se réunissaient près de l'église, apportant chacune un foulard ; et ces étoffes placées bout à bout encerclaient l'édifice et le mal était ainsi lié.

Dans certains pays, les églises consacrées à saint Léonard étaient fréquemment ceinturées d'une chaîne de fer contenant souvent de vieux fers à cheval ; ce qui s'explique, saint Léonard ayant la spécialité de guérir la gent chevaline.

Autrefois, quand les épileptiques étaient considérés comme possédés du démon, on les entourait d'un lien destiné à enchaîner le diable qui agitait le malade. Actuellement encore, examinant des épileptiques venant de tous les coins de la France, il m'arrive de constater la présence de ceintures magiques.

L'idée de lier la douleur ou plus exactement le démon, principe de cette douleur, se rencontre dans les pratiques destinées à faciliter l'accouchement.

Les ceintures en peau de serpent (sans parler des ceintures de sainte Rose de Viterbe et de sainte Christine de Spolète, etc.), auraient cette vertu. N'oublions pas que c'est le serpent qui valut à la femme d'enfanter dans la douleur !

Chez les Bouriates et chez les Bulgares on entoure le ventre de la parturiente ou sa maison d'un fil bénit. C'est toujours l'idée de lien qui se matérialise d'une façon quelconque.

Une autre forme d'enveloppement se retrouve dans les processions, notamment de la Chandeleur : la procession se fait hors de l'église ou autour de l'église. Ces processions ne sont autre chose que des ceintures mobiles à effets magiques.

Légalisées par le catholicisme, elles demeurent dans l'esprit de certains fidèles ce qu'elles étaient dans l'esprit des païens : des rites agissant par eux-mêmes et liant les puissances nuisibles.

Dans le Berry, j'ai vu des manœuvres magiques dénuées de tout caractère religieux et ayant pour but de chasser le mal de dent. L'opérateur, appelé le « parsigneux », enfonçait un clou dans un tronc de chêne (répétant sans doute ainsi le rite celtique qui conjurait le sort en plantant un poignard dans l'arbre sacré), puis il *faisait un cercle autour du patient* tout en prononçant des paroles mystérieuses.

C'est toujours le rite destiné à ceinturer le mal. On pourrait multiplier les exemples qui tous nous démontrent que les superstitions ne changent guère : elles se transforment, et actuellement encore il existe un paganisme christianisé.

G. PAUL-BONCOUR.

(1) SAINTYVES. — In *Revue des traditions populaires*, avril 1910.

(2) Saint Sébastien, saint Adrien, saint Antoine et saint Roch, pour des raisons que je ne puis développer étaient des saints spécialement considérés comme guérisseurs : c'est ce qui explique la quantité de leurs statues dans l'art chrétien.

MÉDECINE PRATIQUE

Indications thérapeutiques dans les sinusites ;

Par le Dr H. BOURGEOIS,

SINUSITES FRONTALES.

A. — *Sinusite frontale aiguë.*

Un coryza se complique de violentes douleurs frontales, continues, avec des paroxysmes survenant habituellement le matin et durant plusieurs heures. Mouchage de pus unilatéral au bout de 3 ou 4 jours. Sensibilité très nette à la pression sur les parois antérieure et orbitaire du sinus.

Traitement. — Le traitement est celui indiqué pour la sinusite maxillaire aiguë d'origine nasale (1).

En outre, on prescrira l'application de compresses très chaudes sur le front pendant toute la durée de la crise et, avant le début de celle-ci, un cachet d'aspirine, de pyramidon ou de phénacétine. La crise survenant chaque jour à la même heure, le cachet sera absorbé vingt minutes plus tôt.

Ne pas s'effrayer des plus violentes douleurs, la guérison est la règle.

B. — *Sinusite frontale aiguë extériorisée.*

Très exceptionnelle, souvent confondue avec une sinusite

(1) V. *Progrès médical*, 4 juin 1910.

chronique réchauffée. Œdème rouge de la paupière supérieure, de la peau du front. Apparition d'un abcès au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite.

Traitement. — Ne pas trop se presser d'intervenir, sauf symptômes alarmants.

Pansements humides chauds et attendre soit la résolution de l'inflammation, soit la formation d'un abcès collecté.

Inciser dans ce dernier cas le long du sourcil ; trépaner et curetter le sinus comme il sera dit à propos de la sinusite frontale chronique ; mais en outre réséquer du rebord orbitaire de la paroi orbitaire tout ce qui sera suspect d'ostéite. *Ne pas toucher au canal fronto-nasal, drainer largement par la partie externe du sourcil après réunion partielle de la plaie.*

Le drain restera tant que cela paraîtra nécessaire, selon les préceptes de la chirurgie générale.

C. — *Sinusite frontale chronique bénigne.*

Suppuration chronique du méat moyen, avec crises de douleur frontale peu marquée, et un état habituel de lourdeur de tête.

Traitement. — Enlever les polypes s'il y en a. S'efforcer de laver le sinus par son orifice naturel. Réséquer le cornet moyen s'il parait être un obstacle à l'écoulement du pus. Prévenir le patient de la possibilité d'une aggravation. Lui proposer une opération sans toutefois la lui imposer.

D. — *Sinusite frontale chronique douloureuse.*

La lourdeur de tête est assez importante pour empêcher tout travail nécessitant une attention soutenue. Les crises sont plus douloureuses et plus fréquentes.

Il faut opérer.

Incision le long du sourcil. Ablation de toute la paroi antérieure du sinus frontal, puis de tous les septa qui se rencontrent dans la cavité. Curettage minutieux. Agrandissement du canal naso-frontal. Suture avec drain à l'extrémité externe du sourcil.

E. — *Sinusite chronique extériorisée.*

On se comportera de même, qu'il y ait abcès collecté ou fistule. Le point d'élection de la fistule est l'angle supéro-interne de l'orbite.

Le procédé opératoire sera identique à celui recommandé pour la sinusite aiguë extériorisée. Mais comme la sinusite est ancienne, elle se complique souvent d'ethmoïdite. Si oui, ajouter à la trépanation frontale l'évidement de l'ethmoïde (v. sinusite fronto-ethmoïdale).

F. — *Sinusite frontale compliquée.*

Quand une sinusite non opérée ou ouverte s'accompagne d'un état général grave avec symptômes cérébraux, il faut penser à l'abcès extradural, à l'abcès intradural, à la méningite. Après trépanation large du sinus, on résèque sa paroi profonde, on incise la dure-mère, le cerveau s'il y a lieu.

G. — *Sinusite fronto-maxillaire.*

Les cas aigus sont traités comme une sinusite frontale simple.

Les cas chroniques réclament une intervention chirurgicale pratiquée le même jour sur les 2 sinus.

H. — *Sinusite fronto-ethmoïdale et fronto-ethmoïdo-sphénoïdale. Pansinusite.*

Association fréquente.

Si l'ethmoïde est très peu atteint, le curettage pratiqué après ouverture du sinus frontal par le canal naso-frontal agrandi peut suffire.

Si l'ethmoïdite est notable, l'incision descend du sourcil sur la branche montante du maxillaire. Résection partielle de la branche montante et de l'unguis. Evidement de l'ethmoïde selon Killian jusqu à ouvrir le sinus sphénoïdal s'il y a lieu. On termine par un Caldwell-Luc pour l'*antre d'Higmore.*

ETHMOIDITE

Ethmoïdite aiguë.

Non diagnostiquée en général. Coryza très accentué d'un côté avec sensibilité au niveau de l'unguis.

Inhalations mentholées.

Ethmoïdite chronique localisée.

Suppuration au niveau du méat moyen, il faut éliminer la sinusite frontale et la maxillaire. Explorer l'ethmoïde avec le stylet nasal.

Résection du cornet moyen. Evidement des cellules suppurantes au moyen de la pince de Grunwaldt, par les voies naturelles.

Ethmoïdite chronique étendue.

Opération par voie externe. Incision sur la branche montante, rugination de l'angine, de l'os planum après décollement du sac lacrymal. Trépanation de la paroi externe des fosses nasales. Evidement total de l'ethmoïde d'avant en arrière.

Ethmoïdite fermée.

Il n'y a pas de suppuration nasale ; mais : 1° un abcès enkysté fait bomber la bulle ethmoïdale ou le cornet moyen.

On ouvre cet abcès d'un coup de pince coupante.

2° L'abcès, au lieu de faire saillie vers la fosse nasale, soulève la paroi interne de l'orbite.

Incision le long du bord interne de l'orbite.

Rugination. Ouverture du foyer ethmoïdal, sans établir de communication avec la fosse nasale.

Drainage externe.

SINUSITE SPHÉNOIDALE.

Céphalée localisée dans la région occipitale, entre les yeux. Suppuration uniquement pharyngée ; l'affection ne se présente pas comme un coryza mais comme un catarrhe naso-pharyngé. Par la rhinoscopie on aperçoit le pus dans la fente olfactive.

Résection du cornet moyen, lavage par l'orifice naturel.

Curettage par l'orifice naturel agrandi.

CORRESPONDANCE

A propos d'une accusation.

Nous avons reçu les lettres et documents suivants, que le *Progrès médical*, fidèle à ses principes de justice ne demande pas mieux que d'insérer.

Paris, le 19 juin 1910.

Monsieur le Directeur,

J'ai dénoncé l'autre jour publiquement, dans ma Leçon d'Agrégation à la Faculté de Médecine, l'attitude à mon égard de deux professeurs qui s'étaient rendus coupables envers moi d'une grave injustice pendant mon concours de prosectorat.

M. le professeur agrégé Marion qui, sur leurs affirmations tendan-

cieuses s'était laissé entraîner à mettre en doute ma bonne foi, vient très loyalement de reconnaître son erreur et de m'adresser une rétractation publique, en la faisant précéder de la lettre suivante : « Mon « cher Le Fur, je t'adresse la rectification en question ; je pense qu'elle « te satisfera complètement, heureux si elle peut contribuer à faire « cesser la légende de cet incident. Reçois, mon cher Le Fur, l'assu- « rance de mes meilleurs sentiments ». Signé : G. MARION.

C'est cette rectification que je vous serais reconnaissant de bien vouloir publier, en vous adressant à l'avance tous mes remerciements :

Dr LE FUR.

Lettre du Dr Marion.

Monsieur le Directeur,

Dans un article de l'*Eclair*, du 5 juin dernier, je faisais allusion à un incident de concours. Si le fait en lui-même était exact, l'interprétation que moi, avec beaucoup d'autres, lui avions donnée était fausse comme le prouvent des documents qui m'ont été fournis.

Je me vois donc obligé de vous demander l'hospitalité de votre journal, car il me paraît juste que l'honorabilité de la personne en question, que j'avais incriminée, soit complètement établie.

Veuillez agréer, etc. Dr G. MARION.

Je terminais un article paru dans l'*Eclair* du 5 mai par cette phrase «Qu'il me soit permis de signaler combien il est risible de voir, parmi « ceux qui attaquent le plus violemment la justice des concours, cer- « taines personnalités qui, autrefois, dans un concours, n'ont pas craint « de chercher à s'imposer à leurs juges au détriment de leurs camara- « des par des procédés que je ne qualifierai pas, et, de ce fait, les dos- « siers peuvent faire foi ».

Cette phrase faisait allusion à un incident qui s'était produit au concours du prosectorat de 1899. A ce concours, M. Le Fur, ayant changé un mot dans sa copie en la lisant, comme le prouve une pièce signée des membres du jury, que j'ai entre les mains, s'était vu donner une note très inférieure à celle que méritait sa copie.

Pour la plupart de ceux qui avaient eu connaissance de l'incident, il était admis qu'il y avait eu erreur voulue

M. Le Fur, ému par l'article en question, m'a soumis plusieurs documents qu'il avait en sa possession dont j'ignorais complètement l'existence, parce qu'il ne les avait jamais communiqués et qui, à mon avis, prouvent que, s'il y a eu erreur, elle fut involontaire.

Ce sont : 1° Tout d'abord *une protestation signée par tous les candidats concurrents de M. Le Fur* à ce concours.

2° Le texte de l'allocution par laquelle M. le professeur DUPLAY, président du jury, répondit à cette protestation (1).

3° La copie du *procès verbal de la séance* rédigé et signé par M. HARTMANN (1).

Ces documents me paraissent établir de la façon la plus absolue que s'il y a eu erreur matérielle de la part de M. Le Fur, elle fut involontaire. En conséquence, il ne peut plus être question d'erreur voulue entachant en quoi que ce soit son honorabilité et je retire la phrase par laquelle se terminait l'article en question.

Dr G. MARION.
Président de la Société des Agrégés,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin 1910.

Eloge funèbre. — M. *Dieulafoy* rappelle les travaux essentiels de Robert Koch, membre correspondant de l'Académie.

Election. — Deux correspondants nationaux sont élus dans la quatrième division.

Etaient présentés : en première ligne, M. Guilloz (de Nancy) ; en deuxième ligne, M. Florence (de Lyon) ; en troisième ligne, M. Aloy (de Toulouse), Blarez (de Bordeaux), Lajoux (de Reims), et Sigalas (de Bordeaux).

(1) Nous ne pouvons insérer ces documents *in extenso*, faute de place, mais nous les tenons à la disposition de nos lecteurs.

M. *Guilloz* est élu, au premier tour, par 58 voix, contre 9, à M. Lajoux, 4 à M. Florence, 1 à M. Blarez, 1 à M. Sigalas.

M. *Florence* est ensuite élu, au premier tour, par 52 voix contre 17 à M. Lajoux, 1 à M. Aloy, 1 à M. Blarez et 1 à M. Sigalas.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juin 1910.

M. *Poncet* (Lyon) rend compte d'une thèse de M. *Reulos* sur les tuberculoses frustes purement inflammatoires.

M. *Labbé*, à propos du procès-verbal, regrette de ne pas avoir pu assister à la séance dans laquelle M. Lépine (Lyon) a exposé sa classification des diabètes. Pour lui, une classification est à l'heure actuelle encore difficile, mais il préfère celle proposée par lui (diabètes avec et diabètes sans dénutrition) à celle proposée par M. Lépine (diabètes acétonémiques et diabètes non acétonémiques).

Un nouveau signe physique de pleurésie. — M. *Ramond* attire l'attention sur un signe observé dans la pleurésie : la perte de l'élasticité de la masse avasculaire sacro-lombaire du côté atteint.

Chancre syphilitique à reviviscences. — M. *L. Jacquet.* — Sous le nom de chancre *redux*, M. Alfred Fournier a décrit la récidive sur place du chancre infectant cicatrisé, *guéri*, mais à induration persistante.

J'ai observé récemment dans trois chancres de la face en voie de régression, mais non cicatrisés, non guéris, une série de reviviscences et de régressions alternatives, tant en érosion exsudative qu'en induration, et portant, dans l'un de ces cas, à plus de quatre mois la durée totale du même syphilome primaire.

Nulle irritation extérieure ; nulle influence thérapeutique.

Mais il y eut dans ces trois cas évolution parallèle d'une angine banale : et dans l'un d'eux, à deux reprises, d'un adénophlegmon aigu de la région cervicale du même côté.

Ainsi, dans ces faits, le chancre a présenté un rythme de régressions et de reviviscences alternatives indépendant de toute variation de la virulence du germe pathogène et dû à l'exaltation à distance, sous une influence *banale*, de l'irritabilité du tissu *spécifiquement* infecté.

Une étude ultérieure montrera l'intérêt de ces faits pour l'interprétation des lésions secondaires et tertiaires.

Pour ces dernières, je peux formuler dès maintenant les conclusions générales d'une longue étude : les syphilomes tertiaires sont presque toujours localisés et entretenus par un ensemble d'irritations fonctionnelles ou inflammatoires d'ordre banal, ils disparaissent presque complètement et parfois complètement sans traitement médicamenteux, si l'on supprime ces irritations.

Crises d'entéralgie chez un tabétique provoquées par un ascaride. — M. *G. H. Lemoine* (du Val-de-Grâce) rapporte l'observation d'un tabétique qui, pendant deux mois, fut en proie à des crises douloureuses d'abord gastriques, puis intestinales, que les hypnotiques, morphine, chloral, etc... ou le nitrite de soude, ne parvenaient pas à calmer.

Ces accidents s'accompagnaient de vomissements et mettaient obstacle à toute alimentation.

L'état général du malade allait en s'aggravant tous les jours lorsqu'on utilisa la santonine.

Un premier essai pratiqué pendant 6 jours ne détermina qu'une amélioration passagère.

La santonine avait été donnée à jeun tous les matins à la dose de 0 gr. 20. On cessa à cause de la xanthopsie survenue le 6e jour. Les douleurs reparurent après avec la même intensité qu'antérieurement.

Aussi, cinq jours après on recommença à 0 gr. 25 centigr. tous les matins à jeun. Au bout de trois jours le malade rendit dans la journée, en même temps que les matières fécales, un ascaride long de 0 m. 20. A partir de ce moment, les douleurs disparurent complètement.

La guérison s'est maintenue depuis le 19 janvier 1909.

Il paraît donc vraisemblable que la présence du parasite dans

l'intestin a été la cause provocatrice des crises douloureuses observées.

Embolie de la fémorale. Massage immédiat. Disparition des accidents. — M. *Claisse* relate une observation d'embolie de la fémorale chez une cardiaque (rétrécissement mitral). Un massage énergique sur le trajet de l'artère obstruée eut pour effet, en quelques minutes, le rétablissement de la circulation.

On pourrait être tenté, en raison de certaines analogies symptomatiques, de traiter une obstruction artérielle de la même façon qu'une obstruction veineuse. Or, il est de toute évidence que si l'immobilisation est indispensable au cas de phlébite, par crainte d'embolie pulmonaire, elle est au contraire illogique au cas d'obstruction artérielle.

La fragmentation du caillot, parfois spontanée, sera favorisée par une intervention hâtive et le massage aura d'autant plus de chance de succès que le caillot sera plus récent.

Un nouveau cas d'oosporose pulmonaire avec quelques recherches sur la déviation du complément. — MM. *Roger et Bory*. — L'étude systématique entreprise et poursuivie par les auteurs sur l'oosporose pulmonaire tend à en démontrer l'extrême fréquence. Le fait nouveau qu'ils viennent de recueillir constitue un argument des plus intéressants en faveur du rôle pathogène des oosporas ; celles-ci ne sont pas de simples parasites inoffensifs, végétant à la faveur d'anciennes lésions ; ce sont des parasites actifs, déterminant dans l'organisme des réactions spécifiques.

Le malade dont il s'agit avait été à plusieurs reprises considéré comme un tuberculeux et, comme tel, hospitalisé deux fois à Brévannes pendant plusieurs mois. Cependant la persistance d'un bon état général, le peu d'intensité des troubles fonctionnels, l'évolution torpide de la maladie et même la localisation un peu spéciale des lésions — toutes manifestations qu'on aurait pu rattacher à la tendance fibreuse du processus — engagèrent les auteurs à examiner soigneusement les expectorations.

Elles ne renfermaient pas d'albumine, constatation suffisante pour qu'il fût permis de rejeter le diagnostic de tuberculose. La recherche des bacilles de Koch pratiquée à plusieurs reprises fut également négative. L'intra-dermo-réaction ne donna lieu qu'à un érythème léger dont il est difficile de tenir compte. Par contre, l'ensemencement de milieux maltosés liquides avec des parcelles de crachats permit d'obtenir rapidement des cultures pures et abondantes d'une oospora analogue à l'oospora pulmonalis.

Restait à démontrer que le parasite isolé était bien la cause de la maladie. La réaction agglutinante en pareil cas ne donne pas de résultat ; la méthode de la déviation du complément était seule capable de provoquer la démonstration attendue ; ce qu'elle fit avec une netteté mise à l'abri des diverses causes d'erreur.

Séance du 17 juin 1910.

Présentation d'un cas de sporotrichose à foyers multiples. — MM. *E. Jeanselme* et *Paul Chevallier*. — Ce malade, dont M. Michaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a bien voulu nous confier l'examen, porte d'innombrables *gommes hypodermiques*, des *lésions linguales* qui ressemblent fort aux plaques fauchées de syphilis, une *iritis* que les ophtalmologistes avouent ne pouvoir différencier de l'iritis spécifique, des gommes dans les *testicules* et les *épididymes* et des exostoses.

Le malade a été amputé de la cuisse droite, au tiers supérieur, il y a un an environ, pour une tumeur blanche du genou droit qui, en moins de quatre mois, avait acquis le volume d'une tête d'enfant.

Par son évolution ultra-rapide et par son indolence, qui était si grande que le malade travailla jusqu'au dernier jour et vint à pied à l'hôpital, cette affection ostéo-articulaire diffère sensiblement de l'arthrite bacillaire. Nous pensons qu'il s'agit, dans le cas présent, d'une *tumeur blanche sporotrichosique*, et cela d'autant plus qu'aucun des animaux inoculés avec le pus de ce malade n'a succombé à la tuberculose. A l'avenir, avant toute intervention radicale, le chirurgien devra s'assurer, au préalable, que la sporotrichose ne peut pas être incriminée.

Le malade portait à la jambe droite un ulcère qui, toujours mal pansé, était exposé à toutes les contaminations. Or ce homme a fait divers métiers qui l'ont mis en contact avec des produits pouvant contenir du sporotrichum. Il a été charretier d'un tombereau d'ordures et aidait à décharger les poubelles. Puis, il a été chiffonnier et vivait au milieu des champs d'épandage, à Gennevilliers.

Voici comment on peut, d'après nous, concevoir les étapes de cette sporotrichose :

1° La porte d'entrée a été probablement l'ulcère de jambe ;

2° La sporotrichose a colonisé dans le genou et la moitié inférieure du fémur ;

3° Puis la mycose s'est disséminée dans les différents tissus : poussées de gommes sous-cutanées, localisation dans le derme, la muqueuse buccale, l'œil et l'appareil génital.

L'exemplaire de sporotrichum que nous avons isolé diffère sensiblement, par certaines particularités de ses cultures, par l'épaisseur de ses filaments mycéliens et la forme de ses spores des sporotricha pathogènes connus. Aussi avons-nous confié la description à M. Brumpt, chef du laboratoire de parisotologie de la faculté, et M. Langeron.

M. Brumpt. — Ce sporotrichum est particulier par ses spores adultes, rondes, par son mycélium un peu plus épais, par la culture sur carotte, qui a un aspect particulier.

Rachitisme syphilitique. — M. *Dufour* présente une enfant atteinte de rachitisme très prononcé, cachectique ; la réaction de Wassermann était positive, et l'enfant présentait des plaques muqueuses hypertrophiques à la vulve. On peut donc invoquer comme cause du rachitisme la syphilis héréditaire.

M. *Gouget* présente un malade atteint d'hypertrophie unilatérale des glandes salivaires.

Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose. — M. *Kuss* (Angicourt) présente trois malades très améliorés par ce traitement, expose la technique, les accidents et les résultats immédiats, qui sont bons. Le pneumothorax artificiel peut donc rendre de réels services dans la tuberculose fibrocaséuse unilatérale.

M. *Galliard* ne partage pas tout à fait l'enthousiasme pour ce traitement, mais croit néanmoins que cette méthode peut être employée, surtout chez les pleurétiques.

M. *Nesser* demande si, au lieu de l'azote injecté, on peut injecter de l'air simple, car ceci simplifierait beaucoup le traitement.

Influence de l'électrargol intraveineux dans les maladies infectieuses. — M. *Gouget* rapporte une observation et montre l'influence heureuse de l'électrargol intraveineux (20 c. c.) sur la courbe thermique. L'influence sur l'état général et les signes physiques était à peu près nulle.

M. *Netter* emploie souvent l'électrargol et demande à M. Gouget s'il a observé des accidents. M. Gouget n'en a pas observé.

M. *Siredey* emploie l'électrargol en injections intramusculaires dans les affections puerpérales avec des résultats variables, sans inconvénients du reste.

M. *Caussade* rapporte une observation de pneumonie congestive à bacille d'Eberth pur au cours d'une fièvre typhoïde.

M. *Posser* (New-York) rapporte une observation sur un cas de *typhoïd spine* (ostéite vertébrale).

Friedel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1910.

L'anastomose artério veineuse et la gangrène des membres inférieurs. — M. *Monod*. — M. Mauclaire nous a relaté une observation de gangrène du membre inférieur dans laquelle il tenta, sans succès d'ailleurs, l'anastomose artério-veineuse des vaisseaux fémoraux. J'ai trouvé dans la littérature 27 cas de ce genre. Presque tous ont été suivis d'insuccès. Dans 6 cas cependant, le sang a pu aller jusqu'à l'extrémité du membre atteint. On a du moins vu celui-ci redevenir rosé et chaud et la nutrition s'est améliorée. Mais dans tous ces cas, et c'est là peut-être qu'il faut en chercher l'explication, il ne s'agissait pas de gangrène confirmée, mais seulement de menace de gangrène. Il est, au total,

bien difficile de porter un jugement sur cette question. La présence des valvules est-elle capable d'empêcher totalement le cours du sang dans la veine ? Celui-ci paraît possible, car les expériences semblent montrer qu'en deux heures les valvules se laissent forcer. Mais ce n'est là qu'un résultat temporaire, car la musculature de la veine se renforce bientôt. Peut-être cependant cette circulation en retour, même temporaire, est-elle utile en permettant à une circulation collatérale de se développer et de venir assurer définitivement la circulation du membre et sa nutrition.

La radiographie instantanée. — M. ***Potherat***. — Il nous a été montré à la dernière séance une radiographie instantanée.

L'inventeur de ce perfectionnement très remarquable me paraît être M. Chatenay, le radiographe de l'hôpital de Bon-Secours. Grâce à un écran lumineux, il peut, avec un outillage simple, aisément transportable au lit du malade, obtenir des radiographies vraiment instantanées de toutes les régions du corps.

Le radium et le cancer. — M. ***Lucas-Championnière***. — Il faudrait se garder de porter un jugement trop rapide soit pour, soit contre l'influence du radium sur le cancer. Pour ma part j'ai, il faut l'avouer, observé avec le radium des faits surprenants et qui sortaient tout à fait de ce que j'avais l'habitude de voir jusqu'à présent. Tel a été le cas, par exemple, chez une jeune femme qui me vint trouver avec un effroyable cancer à marche rapide de la cloison recto-vaginale, lequel me parut inopérable. Je montrai la malade à M. Segond qui fut du même avis et qui me parla du radium. Or, cette malade, qui était perdue à bref délai, se transforma sous l'influence de ce traitement.

La tumeur diminua et se cicatrisa si bien que pendant 7 mois la malade reprit ses occupations, sa vie normale et se crut guérie. Au bout de ce temps le cancer récidiva, mais à distance et non sur la première cicatrice.

Je crois donc que le radium jouit d'une action encore inconnue, mais réelle, sur le cancer ou du moins sur certains cancers.

M. ***Schwartz***. — Depuis deux ans, j'ai fait traiter dans mon service certains cancers par le radium. Dans certains cas les tumeurs ont rétrocédé, guéri même en apparence et cette guérison s'est maintenue complète pendant des mois. Le plus souvent cependant, le cancer, malgré cette guérison apparente, a récidivé par une sorte de pénétration en profondeur. Ce fut ainsi dans un gros cancer de la parotide qui disparut, mais le malade mourut quelques mois après, probablement par généralisation d'un noyau profond à la base du crâne.

De même encore, chez un sujet atteint de tumeur maligne de la fosse iliaque qui, après guérison apparente, se cachectisa et mourut ; — dans un cas de récidive de cancer du sein où quelques mois après apparut une pleurésie cancéreuse.

Dans un cas opéré et récidivé plusieurs fois de cancer du sein le radium a cependant amené une parfaite guérison apparente qui persiste depuis 5 mois. L'avenir nous dira si cette guérison est définitive.

Dans deux cas de myxo-sarcomes très graves et inopérables, le radium a fait régresser et permis de mobiliser la tumeur, si bien que l'ablation a pu en être faite avec succès.

M. ***Ricard***. — Je n'ai employé le radium qu'une fois dans un cancer utérin inopérable chez une jeune femme de 30 ans. Le col s'est cicatrisé, a repris un aspect normal. Mais au toucher il persiste dans la profondeur une dureté spéciale, une induration de la base des ligaments larges. Et cela me fait penser qu'il ne s'agit là, comme l'a très bien appelée M. Tuffier, que d'une cicatrice *cache-misère* sous laquelle le cancer subsiste.

M. ***Nélaton*** dans un cas analogue a obtenu en 6 semaines une guérison au moins apparente, qui persiste depuis plusieurs mois.

M. ***Lejars*** écrit à la Société que, sur 12 cas de cancers traités par le radium, il a obtenu 8 fois des résultats douteux ou incomplets.

M. ***Morestin***. — Pour ma part, je n'ai obtenu par le radium que des améliorations passagères et jamais de guérison. Je dirai même que le radium me paraît dangereux dans certains cas et voici pourquoi : beaucoup de médecins ont tendance à appliquer le radium à des tumeurs encore à leur début et encore parfaitement justiciables d'une exérèse chirurgicale. La tumeur disparaît en effet sous l'influence du radium. Mais elle récidive bientôt et la tumeur, marchant alors très rapidement, devient vite inopérable. Dans plusieurs cas très caractéristiques, j'ai pu ainsi voir le radium être bien plutôt nuisible qu'utile.

M. ***Tuffier***. — Je croirai en effet assez volontiers que dans certains cas, le radium, comme d'ailleurs les rayons X, semble favoriser la généralisation cancéreuse.

MM. ***Walther***, ***Routier*** et ***Guinard*** citent des cas qui sembleraient confirmer cette hypothèse.

Suture d'une plaie de la veine-porte. — M. ***Delbet*** fait un rapport sur une observation communiquée à la Société par M. ***Hallopeau*** et ayant trait à une jeune femme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région épigastrique. M. H. la vit deux heures après. Elle était pâle avec un pouls à 96, un peu de matité dans les flancs et de la défense de la paroi ; une intervention fut aussitôt décidée.

Une laparotomie médiane supérieure montra dans le péritoine une abondance de sang noir. Le lobe gauche du foie était blessé mais ne saignait pas. L'estomac et la rate étaient intacts. L'hémorragie paraissait avoir sa source sous le foie. En soulevant celui-ci, l'opérateur vit l'orifice de sortie hépatique de la balle et une petite plaie saignante sur le petit épiploon.

La veine-porte présentait une plaie latérale de 6 à 7 millimètres que M. H. sutura avec de fines aiguilles et un surjet de fil de lin.

Le péritoine fut ensuite nettoyé, un drain laissé au contact des plaies hépatiques.

La malade guérit parfaitement et quitta bientôt l'hôpital en parfait état.

C'est le premier cas publié de suture de la veine-porte pour plaie due à un traumatisme.

Présentation de malades. — M. ***Morestin*** présente une malade atteinte depuis son enfance d'une constipation rebelle et opiniâtre, dont l'exploration ne révélait pas la cause et à laquelle il a fait une iléo-sigmoïdostomie, la laparotomie lui ayant montré que le gros intestin, et en particulier le côlon transverse, était ptosé et d'une minceur extrême. Le résultat a été excellent. La malade va à la selle deux fois par jour et sa santé s'est complètement rétablie.

M. ***Lucas-Championnière*** montre une radiographie de fracture multiple de l'extrémité supérieure de l'humérus, consolidée en bonne position, sans appareil, par le massage et la mobilisation précoce (dès le 3e jour).

M. ***Segond*** présente au nom de M. de Martel un nouveau trépan à fraise pleine, muni d'une butée automatique qui, au fur et à mesure que la fraise s'enfonce, remonte progressivement sans perdre le contact du crâne.

Séance du 15 juin 1910.

Le cancer et le radium. — ***M. Monod.*** — Les différents orateurs qui ont pris part à la discussion ouverte sur le traitement du cancer par le radium n'ont, somme toute, fait que confirmer les conclusions de M. Wickham. Il semble légitime d'admettre que le radium, bien qu'il n'empêche ni les métastases, ni la progression des noyaux néoplasiques profonds, possède cependant une action sur les masses cancéreuses directement accessibles. Si l'on ne saurait prétendre, par ce moyen, guérir le cancer, on peut cependant, par cette thérapeutique, retarder dans bien des cas l'évolution du néoplasme, en amener même la régression au point de donner à des malades l'illusion d'une guérison. Les nombreux faits que l'on a signalés ici montrent que nous possédons là un agent thérapeutique de premier ordre, appelé à rendre de grands services dans les cancers ou les récidives non opérables.

Quant à l'opinion exprimée par M. Morestin, elle ne repose que sur des impressions et non sur des faits précis. Pour établir qu'en effet le radium, loin de faire régresser des cancers, ait eu pour seul résultat d'en hâter l'évolution, il faudrait produire des faits bien observés et nombreux.

Cancer du col et hystérectomie subtotale. — M. ***Potherat***. J'ai fait plusieurs centaines d'hystérectomies subtotales pour fibro-

mes et je n'ai observé dans aucun cas de dégénérescence cancéreuse du col, consécutive à cette opération. Il me paraît très probable que dans les cas de ce genre qui ont été publiés, le cancer existait déjà à l'état latent dans le col au moment de l'opération et il ne fait que continuer son évolution normale et progressive.

D'ailleurs, il est vraiment difficile de comprendre comment une hystérectomie subtotale pourrait favoriser l'apparition d'un cancer du col, et j'ajouterai que je n'ai pas non plus bien saisi comment la technique que nous propose M. Chaput pourrait prévenir le développement du cancer. C'est, en outre, une technique compliquée, et il me paraîtrait bien plus simple de faire alors d'emblée et dans tous les cas l'hystérectomie totale.

M. *Schwartz*. — J'ai pratiqué près de mille hystérectomies subtotales sans avoir jamais vu survenir ultérieurement de dégénérescence cancéreuse du col. Par contre, j'ai vu un cancer se développer dans la cicatrice vaginale d'une hystérectomie totale. Celle-ci ne me paraît donc avoir à cet égard aucun avantage et je reste, jusqu'à nouvel ordre, fidèle à l'hystérectomie subtotale, qui me paraît plus facile et plus rapide.

M. *Savariaud*. — Le fait suivant me paraît venir à l'appui de ce que vous disait tout à l'heure M. Potherat et montrer qu'il peut y avoir coïncidence d'un cancer du col et d'un fibrome du corps. En pratiquant, un jour, une hystérectomie subtotale pour fibrome, je suis tombé, en sectionnant le col, sur un petit noyau néoplasique saillant dans le canal cervical. Il est bien certain que, si la section du col avait été faite un tant soit peu plus haut, ce noyau néoplasique restait insoupçonné et que son développement ultérieur aurait permis d'incriminer l'opération et de croire à une dégénérescence secondaire.

M. *Morestin*.— Pour ma part, je ne pratique plus que l'hystérectomie totale, que je ne trouve ni plus difficile, ni plus compliquée que la subtotale. Mais autrefois j'ai fait nombre de subtotales. Or, dans un cas, à la suite de cette opération, j'ai vu se développer un sarcome secondaire du moignon, sarcome qui avait passé inaperçu au cours de l'intervention, mais qui cependant existait certainement déjà.

M. *Segond*. — Je trouve, comme beaucoup de mes collègues, l'hystérectomie subtotale plus simple, plus rapide et aussi moins offensante que la totale, que je ne pratique que lorsqu'il me paraît indiqué de drainer par le vagin. J'ai donc fait un nombre considérable de subtotales. Or, je n'ai jamais vu chez mes opérées survenir de dégénérescence cancéreuse secondaire du col, et M. Pinard, qui a eu l'occasion d'examiner un grand nombre de femmes opérées de cette façon, m'a dit que, lui non plus, n'avait jamais observé cette dégénérescence.

M. Monod. — Je ne l'ai personnellement pas davantage observée.

M. Mauclaire. — Je n'ai, pour ma part, jamais vu de cancer secondaire du col chez mes opérées d'hystérectomie subtotale. Mais je l'ai vu chez des malades opérées par d'autres chirurgiens et cela une fois, à 4 années de distance de l'intervention. Dans ce cas, on le voit, le cancer n'était pas contemporain du fibrome.

Un de mes élèves a pu réunir dans sa thèse 31 cas de dégénérescence cancéreuse du col à la suite d'hystérectomies subtotales. Or dans les trois quarts des cas, cette dégénérescence ne survint qu'après 2, 3, 4 et 5 ans. Dans le même travail on trouve également réunis 4 ou 5 cas de cancers secondaires du vagin survenus à la suite de l'hystérectomie totale. Je suis de l'avis de M. Quénu et je crois que le point de départ de ces cancers secondaires est moins la muqueuse cervicale que la cicatrice opératoire.

Appendicite traumatique. — M. *Picqué* présente un rapport sur une observation de M. Abadie (d'Oran) ayant trait à un homme de 20 ans, sans autre passé intestinal qu'une crise passagère de troubles gastro-intestinaux vers l'âge de 10 ans, lequel fit une chute sur le bord d'un établi et se contusionna violemment la région lombo-abdominale droite. La nuit suivante, apparurent des douleurs abdominales vives et généralisées à tout l'abdomen. Le lendemain, après une purgation, il fut pris de vomissements et bientôt se montraient nettement tous les signes caractéristiques d'une appendicite aiguë. La glace, le régime, améliorèrent le malade, qui fut opéré un mois après. On trouva un abcès enkysté péri-cæcal et un appendice rétro-cæcal coudé en son milieu et perforé. Il fut réséqué et le malade guérit.

M. Abadie croit qu'il s'agit d'une appendicite traumatique typique, cette opinion paraît discutable. Pour le rapporteur, il s'agit de rupture traumatique d'un appendice déjà chroniquement enflammé. L'appendicite existait déjà et datait probablement de la première crise gastro-intestinale qu'accusait le malade. Le traumatisme n'a fait que hâter l'évolution d'une appendicite jusque-là latente.

Présentation de malades.— M. *Morestin* présente deux malades traités, par la mésocoloplastie et la mésocolopexie, de hernies par glissement de l'S iliaque. Celui-ci, après hernio-laparotomie a été réinvaginé entre les deux feuillets de son méso, lequel a été plissé et fixé au fascia iliaca et au muscle iliaque.

M. de *Fourmestraux* (de Chartres) présente un malade atteint de fistule tuberculeuse de l'avant-bras, laquelle a été diagnostiquée et traitée par les injections de pâte bismuthée de Beck.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 16 juin 1910.

Cas de toxicomanie multiple (alcool, héroïne, morphine, cocaïne, syphilis) chez un pharmacien de 39 ans. — MM. ***Sollier et Arnaud.*** — La suppression de ces toxiques divers se fit très facilement ; mais le sujet, qui était déjà excité avant le traitement, continua à s'exciter après le sevrage et présenta un délire maniaque à forme d'idées de grandeur, avec régression de la personnalité à 12 ans en arrière, puis à forme de confusion hallucinatoire avec agitation.

L'évolution se fit vers la guérison en sept mois. Il a depuis lors repris ses occupations et est resté guéri de toutes ses intoxications.

Aucune des intoxications n'explique l'apparition d'un délire de ce genre, et il nous paraît légitime de le rattacher à l'hérédité névropathique et psychopathique très chargée du malade.

Paralysie générale infantile. — M. *Gautier* présente un enfant de 12 ans, né d'une mère tabétique et atteint d'une paralysie générale très caractéristique : déchéance intellectuelle très prononcée, signe d'Argyll, lymphocytose rachidienne, difformités osseuses d'hérédo-syphilis, etc...

Mélancolie et injection curative de liquide céphalo-rachidien. — M. *Roubinovitch* communique un cas de réaction méningée aseptique curative provoquée chez un mélancolique persécuté par l'injection arachnoïdienne de liquide céphalo-rachidien stérilisé de cheval.

Vomissements périodiques tabétiques et vomissements périodiques essentiels. — M. *Maillard* présente un homme de 43 ans atteint depuis 11 ans de vomissements périodiques répondant au syndrome décrit par Leyden et par Debove : syphilis antérieure, inégalité pupillaire, paresse du réflexe lumineux, diminution des réflexes patellaires, douleurs fulgurantes frustes, tels sont les éléments qui doivent faire rattacher ces vomissements au tabès incipiens.

L'auteur rappelle l'histoire clinique d'un autre malade pour établir, par opposition aux vomissements périodiques du tabès fruste, l'existence de vomissements périodiques essentiels.

Syndrome de débilité motrice. — MM. *Dupré* et *Gelma* présentent un jeune débile de 19 ans chez lequel s'associe à la débilité mentale un syndrome complet de débilité motrice tel que l'a décrit M. Dupré et qui est fait de maladresse constitutionnelle, paratonie, syncinésie, exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski. Cet ensemble symptomatique se rattache à l'imperfection du développement des voies pyramidales, et il est intéressant de noter le parallélisme de l'insuffisance de la corticalité psychique et de l'insuffisance de la corticalité motrice.

Syndrome de débilité motrice associée à la débilité mentale. — ***M. Maillard*** montre un malade qui présente également l'association de ces deux syndromes. C'est un garçon de 19 ans, grand débile intellectuel, qui manifeste, à l'occasion des mouvements com-

mandés, des troubles moteurs caractérisés par une tendance aux contractions musculaires exagérées et hors de propos, sans qu'il y ait d'état parétique ni spasmodique.

Contrairement à ce qui s'observe souvent dans le syndrome décrit par M. Dupré, il n'existe pas de signe de Babinski, mais seulement de l'abolition du réflexe cutané plantaire et une diminution des réflexes rotuliens.

Puérilisme mental et manie.— ***MM. Dupré et Tarrius*** amènent devant la Société une jeune femme de 29 ans présentant un syndrome de puérilisme mental survenu brusquement au cours d'un accès de manie. Ce fait tend à montrer que le puérilisme, déjà signalé au cours des états démentiels ou de débilité et des états de confusion, peut exister dans d'autres états tels que la manie. A. DELMAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS.

Séance du vendredi 17 juin 1910.

M. le Dr *François-Dainville* présente l'observation d'une malade hérédo-syphilitique, atteinte de gommes multiples et successives du front, du voile du palais et des membres. avec débilité mentale et délire érotique.

M. le Dr *Gorse* (de Villiers-sur-Marne) expose le traitement des anthrax par la méthode de Bier, méthode qui permet d'éviter les larges incisions et les grandes cicatrices consécutives.

M. le Dr *Maurice* décrit un procédé pratique pour injecter des substances sclérogènes ou calmantes dans la région aryténoïdienne, en cas d'affection du larynx.

Enfin, M. le Dr *Georges Rosenthal* présente un appareil destiné à réaliser facilement les enveloppements humides dans la médecine infantile.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 juin 1910.

Énorme lipome d'origine rétro-péritonéale. — M. *Thévenard* présente une pièce et lit un travail sur ce sujet.

Un cas de fibrome utérin avec grossesse ayant nécessité l'intervention pendant la grossesse. — M. *Thévenard*. (Lecture.)

L'étranglement herniaire chez les nourrissons. — M. *Ozenne* communique une observation et lit un travail sur ce sujet basé sur l'étude de 300 cas publiés. Il montre que la rareté de ces cas a été exagérée, que le diagnostic a souvent été erroné, et que la si grande majorité se réduit assez facilement par le taxis, on est parfois obligé d'opérer. Il faut le faire sans hésiter, même chez les nouveau-nés.

M. *Verchère* rapporte une observation d'étranglement herniaire opéré et guéri chez un prématuré. M. MAYET cite des cas analogues.

Une discussion s'engage sur la chloroformisation dans ces cas et en général chez le nourrisson. MM. BROCHIN, VERCHÈRE, BONNEAU, MONNIER, LE BEC, DELAUNAY, DUPUY, OZENNE, croient que le chloroforme donné avec prudence ne présente pas un danger spécial chez le nouveau-né. M. JUDET a vu, au contraire des cas de mort quelques heures après des opérations de bec-de-lièvre chez des nouveau-nés, qu'il croit imputables à l'action du chloroforme.

Soudure osseuse de l'atlas avec la 3e vertèbre cervicale.—M. *Verchère* présente une pièce qui montre cette lésion.

Tumeur du testicule.—MM. *Le Bec* et *Leuret* présentent une pièce qui ressemble à une vaginale épaissie remplie d'une pulpe sanguinolente. Comme il a été impossible de trouver le testicule, ils se demandent s'il ne s'agit pas d'une tumeur du testicule. L'examen histologique sera fait. M. LANCE.



ANALYSES

Sur une nouvelle méthode d'enrichissement pour les bacilles tuberculeux ; par ZAHN. (*Munch. med. Wochenschrift.*, no 16, 19 avril 1910, p. 841.)

Les méthodes d'enrichissement du bacille tuberculeux sont nombreuses et depuis quelque temps les techniques s'en sont multipliées. Aucune d'entre elles ne paraît donner de résultats bien satisfaisants. Zahn attire l'attention sur une technique relativement simple. En voici l'exposé :

A 5-15 cc. de crachats on ajoute 50 cc. d'eau et 5 cc. de lessive de soude (— NaOH, 4 p. 100) ou bien de lessive de potasse (— KOH 5, 6 p. 100), on place ce mélange dans un flacon d'Erlenmeyer.

Chauffer jusqu'à homogénéisation (2, 3 minutes), puis refroidir sous un courant d'eau. Addition de 1 à 2 cent. c. d'une solution normale de chlorure de calcium (5,5 100 de Ca Cl, 2 sec), secouer, centrifuger 1, 2 minutes.

Décanter, faire des préparations avec le culot et colorer (Zahn décolore avec de l'alcool chlorhydrique à 3 p. 100).

Cette méthode donnerait de bons résultats avec les crachats, les selles, l'urine purulente, etc... R. D.

La lymphocytose dans la maladie de Basedow ; par Max BUHLER. (*Munchener medizinische Wochenschrift*, 10 mai 1910, p. 1001).

C'est Caro qui, le premier, en 1907, a insisté sur la formule sanguine dans la maladie de Basedow, à propos d'un cas personnel de maladie de Basedow grave combinée à un syndrome pseudo-leucémique. L'année suivante, Kocher a établi la formule typique du sang des basedowiens : leucopénie et lymphocytose aux dépens des polynucléaires neutrophiles.

Ultérieurement Caro, Gordon et Jagic, Roth, ont confirmé l'intérêt de la lymphocytose et de la mononucléose dans le goitre exophtalmique, et notamment ont montré la valeur de ce signe pour les formes frustes.

Buhler, à la clinique de Romberg (à Tubingen), a examiné au point de vue hématologique un assez grand nombre de basedowiens. Il a pris soin d'éviter les différents causes d'erreurs, (leucocytose digestive, etc.).

Sur 20 cas typiques de maladie de Basedow, dans 18 cas Buhler a constaté la lymphocytose. Mais les 2 cas où la lymphocytose manquait ne doivent pas être acceptés sans réserve ; dans l'un d'entre eux, en effet, le sujet présentait non seulement un goitre exophtalmique, mais encore une ostéomalacie, et dans l'autre, une polyarthrite rhumatismale aiguë. Plus intéressants sont les examens qui concernent 70 cas de sujets considérés comme atteints de formes frustes de maladie de Basedow.

Dans 30 cas où le basedovisme était net, mais léger, 25 montrèrent une lymphocytose manifeste, dans les 5 cas négatifs l'absence de lymphocytose pouvait être expliquée par des raisons analogues à celles que nous signalions pour les 2 cas cités ci-dessus.

Dans 40 cas où il existait un goitre plus ou moins volumineux, mais point de signes basedowiens, 12 cas seulement démontrèrent une lymphocytose manifeste. Il n'y avait pas de raison clinique pour expliquer chez ces malades la lymphocytose ; tout permet donc de croire qu'il s'agissait de vrais basedowiens.

Buhler n'a pas constaté l'augmentation du nombre des grands et moyens mononucléaires. De même, il n'a pas observé de leucopénie, mais un nombre à peu près normal de leucocytes par millimètre cube de sang.

Un point intéressant déjà signalé par Roth est la concordance entre les deux phénomènes suivants : diminution des symptômes de goitre pendant les infections aiguës et remplacement à ce moment des mononucléaires par les polynucléaires.

Enfin, dans un cas grave de maladie de Basedow qui avait 40 p. 100 de lymphocytes, Buhler a trouvé, comme Kocher l'avait déjà signalé, des amas lymphoïdes dans le trajet du goitre.

Il ne faut pas oublier, si l'on veut tirer argument de la lymphocytose au point de vue du diagnostic, que mainte autre affection la provoque également.

Buhler conclut que la lymphocytoses — toute cause d'erreur écartée — permet d'affirmer l'intoxication thyroïdienne. L'ab-

sence de ce signe, comme il est de règle en clinique, n'a qu'une valeur médiocre ; d'ailleurs, en cas de doute, il conviendra de répéter les examens : on verra souvent apparaître la lymphocytose qui manquait à la première recherche. R. Debré.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1910 ; par le Dr V. Gardette ; 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Ce formulaire paraît pour la quatrième année. Le but de l'auteur a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand ils le désireront.

Nous avons en effet tous constaté que les notices qui nous signalent l'apparition d'une spécialité nouvelle ou nous rappellent une spécialité déjà ancienne sont bien souvent inutiles parce qu'elles ne nous donnent pas d'indications sur les composants et les doses de cette spécialité, et omettent même très souvent de nous dire sous quelle forme elle est présentée (granulé, sirop, solution ou pilule). Les brochures explicatives dont nous sommes inondés sont trop longues, trop diffuses, on ne les lit pas. Et puis au moment de prescrire une spécialité, si la mémoire fait défaut, le prospectus n'est pas juste à temps voulu sous la main pour la rafraîchir. Le succès rapide de ce petit livre a montré qu'il répondait à un véritable besoin.

La nouvelle édition de ce formulaire est divisée en trois parties.

Dans la *première partie*, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La *deuxième partie* donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La *troisième partie* reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant dans une parenthèse qui figure après le titre de la spécialité, si le nom du fabricant n'est pas compris dans le libellé de ce titre.

Aide-Mémoire de Thérapeutique ; par MM. G.-M. Debove, G. Pouchet et A. Sallard. Deuxième édition, revue et augmentée, conforme au Codex de 1908, 1 volume in-8° de VIII-911 pages, relié toile : 18 fr. (Masson et Cie, éditeurs).

Cet ouvrage, bien imprimé et élégamment relié, réalise sous un volume restreint, sous un titre modeste et sous la forme particulièrement commode d'un dictionnaire, la réunion de deux livres également indispensables au praticien : le formulaire pharmacologique et la thérapeutique pratique. On y trouve en effet, classés par ordre alphabétique : 1° l'exposé du *traitement de toutes les affections médicales et des grands syndromes morbides* ; 2° l'étude résumée des *agents thérapeutiques principaux, médicaments et agents physiques* ; 3° la mention des *principales stations hydrominérales* (situation, composition, indications) et *climatériques* ; 4° l'exposé des *connaissances essentielles en hygiène et en bromatologie*.

Ce dont on ne saurait assez louer les auteurs, c'est d'avoir su éviter les deux écueils quasi inévitables des ouvrages de ce genre, c'est-à dire la concision sèche, incomplète et dangereuse du formulaire et l'amplification fastidieuse du traité. Chaque article est clair, précis, substantiel, pratiquement complet, en sorte que l'ouvrage se suffit à lui-même, et qu'à la rigueur, il pourrait constituer toute la bibliothèque du praticien, au moins pour la thérapeutique. C'est ainsi que l'étude de chaque médicament est constituée par l'exposé de ses caractères physiques et chimiques, de ses effets utiles, de ses indications thérapeutiques, de sa posologie, de ses actions nuisibles et toxiques. Des spécimens de formules applicables à la pratique courante accompagnent chaque article. En ce qui concerne le traitement des maladies, le problème du diagnostic est supposé résolu et les détails cliniques sont réduits au strict nécessaire.

La première édition de cet ouvrage, fort bien accueillie du public médical, a été épuisée en une année. La deuxième édition n'est pas une simple réimpression : tous les articles ont été revus, un grand nombre (110) ont été remaniés et mis au point, d'autres enfin (70) sont entièrement nouveaux. La matière médicale a été modifiée conformément au texte du nouveau Codex et, pour les principaux médicaments, les auteurs ont indiqué en quoi consistait la modification. Ainsi mis au point, l'*Aide-Mémoire de Thérapeutique* restera le vade-mecum indispensable au médecin praticien.

La thérapeutique éclectique, physiologique et philosophique ; par M. le Dr Le Cavelier. Volume G.R., 647 pages, deuxième édition augmentée de 119 pages. (Librairie Bascle, éditeur, 247, rue Saint-Jacques. Prix : 10 francs.)

Ce traité de Thérapeutique, présenté au Congrès international de Budapest, eut un succès rapide, justifié par les idées originales et les vues synthétiques qu'il renferme sur la physiologie normale et pathologique.

En préconisant un traitement particulier pour chaque affection, l'auteur nous montre simultanément les effets du remède sur l'ensemble de l'organisme et nous conduit par une série de déductions logiques à une thérapeutique pragmatique et éclectique.

L'exposé clair et précis des aperçus généraux, tant sur la physique et la chimie biologiques que sur la psychologie des malades, donne à ce remarquable ouvrage un caractère philosophique qui rend sa lecture aussi attrayante que pratique et instructive.

Le choix des moyens préconisés pour combattre les maladies est divisé en cinq classes :

1° Les soins d'ordre hygiénique ;
2° Le régime diététique ;
3° La psychothérapie ;
4° La physiothérapie ;
5° Une médication pragmatique, éclectique et physiologique.

Pour le traitement des maladies des voies respiratoires et des affections contagieuses transmissibles par l'air, on y trouve recommandée une longue liste d'huiles essentielles, antiseptiques et non irritantes qui permettent de réaliser au moyen de l'olfactothérapie, l'antisepsie de la muqueuse du nez, du pharynx et des bronches.

Ce livre, très au courant des procédés de la thérapeutique contemporaine, est le *vade-mecum* le plus complet que puisse désirer le praticien.

L'appendice sur la philosophie et la physiologie de l'alimentation montre de quelle manière la science et l'hygiène peuvent exercer une influence favorable sur le développement harmonique des différentes facultés de l'homme.

« Le praticien, qui est appelé chaque jour à formuler un régime particulier aux malades et aux familles en santé, y trouvera, dit l'auteur, une étude sur la ration alimentaire nécessaire aux différents âges de la vie et calculée en équivalence énergitique selon le poids du corps, le climat et le travail.

« Les considérations générales sur le métabolisme des albumines, des graisses, des hydrates de carbone sont résumées d'après les plus récentes recherches de la chimie biologique et les dernières découvertes de la physiologie gastro-intestinale ».

Guide médical du praticien pour les maladies journalières : par le Dr Ed. Laval. (1 vol. cartonné, in-12, chez Doin, 1910.)

C'est une sorte de formulaire expliqué, faisant une suite heureuse au *Guide chirurgical du praticien pour les opérations journalières*, et qu'on doit au même auteur. Après une introduction due à la plume du professeur Achard, on se trouve, au chapitre Ier, devant les généralités concernant le *malade et son milieu*, l'*alimentation du malade*, les *médicaments*, la *petite chirurgie médicale*, les *principales stations minérales et climatériques*, les *maladies infectieuses*. Les trois autres chapitres s'occupent du traitement des *maladies régionales*, des *maladies générales* et *infectieuses*, des *maladies rhumatismales*, etc.

En résumé, bon petit livre, pratique, facile à consulter. C.

Thérapeutique urinaire ; par les Drs Achard, Marion et Paisseau. (Librairie J.-B. Baillière et fils. Paris, 1910.)

La bibliothèque de thérapeutique Gilbert-Carnot vient de s'en-

richir d'un nouveau volume sur la *Thérapeutique urinaire*, dû à M. Achard pour la partie médicale, et M. Marion pour la partie chirurgicale.

La première partie traite de la thérapeutique médicale des maladies des reins. On y trouvera tous les différents régimes proposés et abandonnés à tort, chacun conservant, en effet, ses indications particulières. Faut-il y ajouter le traitement symptomatique ou opothérapique ? Il serait trop long d'entrer dans le détail de ces discussions qu'on devra lire en entier.

La seconde partie développe successivement la thérapeutique chirurgicale urinaire et la thérapeutique chirurgicale des maladies de l'appareil de l'homme. Toutes les affections du rein, de l'urètre, vessie, uretère, prostate, vésicule, y sont successivement envisagées. L'auteur rejette systématiquement toute bibliographie et se contente de poser les indications opératoires et de décrire la meilleure technique opératoire. Il évite de parler de certaines interventions qu'il juge démodées, telles la cystostomie par exemple, dont les indications sont certainement nulles dans certains milieux très civilisés, à Paris notamment, mais se rencontrent cependant, quoique de plus en plus rares, dans certaines régions. M. Marion préfère, à juste titre, les opérations curatives, qu'il étudie avec sa clarté bien connue, et il a raison. N'ont-elles pas amélioré dans d'énormes proportions le pronostic opératoire ?

Utile aux chirurgiens et aux médecins, qui s'intéressent tous aux lésions urinaires ou génitales, ce volume est destiné à un juste succès.

Introduction à l'hydrothérapie et à la thermothérapie ; par le professeur Julien STRASBURGER. (Chez Gustav Fischer, Iéna.)

Cet ouvrage, fort bien édité et pourvu de 46 figures dans le texte, dont beaucoup sont des tracés destinés à montrer l'action de la médication sur l'organisme, est un exposé des différentes méthodes d'hydrothérapie et de thermothérapie, en même temps que l'étude raisonnée et scientifique de leur mode d'action.

L'hydrothérapie froide y est successivement envisagée comme méthode d'excitation, d'abaissement thermique, de refroidissement ; le bain chaud, comme méthode d'excitation et de réchauffement.

Ensuite sont passées en revue les méthodes à températures variées : les enveloppements de la poitrine, du tronc, du corps, les bains médicinaux variés tels que bains de soleil, hydroélectriques, à émanation de radium, etc. G.M.

Le Rôle du médecin scolaire. — Prophylaxie des maladies transmissibles à l'école ; par le Dr Louis GOURICHON. (Librairie Ch. Delagrave, 1910.)

Le Dr L. Gourichon a publié une importante brochure de 40 pages sur ce sujet. — Les règlements qui régissent actuellement le service de l'inspection médicale des écoles à Paris y sont exposés tout au long, en même temps que la nouvelle organisation qui va fonctionner au mois d'octobre prochain. L'auteur, qui connaît admirablement ces questions, a eu soin d'insister surtout sur les parties pratiques, et ce travail ne pourra manquer de rendre de grands services à tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène scolaire et en particulier aux candidats aux concours de l'Inspection médicale des écoles.

Précis de Physique Biologique ; par G. WEISS, ingénieur des Ponts et Chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. *Deuxième édition revue*, 1 vol. in-8° (de la *Collection des Précis Médicaux*) de XII-556 pages, avec 570 figures dans le texte, cartonné toile souple (MASSON et Cie, éditeurs.) Prix : 7 fr.

La première édition de ce petit Précis a été rapidement épuisée. Dans la seconde, l'auteur a fait un assez grand nombre de corrections ; certaines parties, dont la clarté semblait laisser à désirer, ont été modifiées : quelques paragraphes indispensables ont été ajoutés. Mais le fond de l'ouvrage est resté le même : ce n'est ni un traité d'enseignement de la physique, ni un recueil de documents, il contient simplement celles des principales applications de la Physique à la Biologie, qui doivent rentrer dans le cadre des connaissances d'un étudiant à la fin de ses études. Pour le lire, il suffit de posséder les principes élémentaires de la Physique

En écrivant ce petit volume, M. Weiss est parti de ce principe qu'il vaut mieux n'enseigner aux étudiants que les éléments fondamentaux d'une science qui ne constitue pas la base même de la médecine. Se contenter des principes généraux, insister sur leur importance, en faisant appel au jugement et au raisonnement, est plus utile que de surcharger la mémoire d'une multitude de faits dont plus tard le médecin n'aura que rarement l'occasion de faire usage, et que, du reste, fatalement, il aura bientôt oubliés.

Esquisses cliniques de Physicothérapie, traitement rationnel des maladies chroniques, par le Dr J. A. RIVIÈRE. (A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, Paris. Ouvrage in-8° jésus de 400 pages, et accompagné de 64 gravures. — Prix : 7 fr. 50).

Rédigé pour les praticiens, d'une manière très méthodique, ce livre synthétise toute une existence vouée à la physicothérapie, dont l'auteur est le précurseur et le pionnier convaincu. Les onze premiers chapitres traitent de l'outillage thérapeutique pour les applications de l'électricité, de l'air, de la lumière, de l'eau, de la chaleur et du mouvement. Les quinze derniers traitent des maladies infantiles, de l'anémie, des états pulmonaires et cardiaques, de l'arthritisme, de la neurasthénie, de l'obésité, de l'artério-sclérose, des affections du tube digestif, de la peau et de l'utérus. Un important chapitre est consacré à la physicothérapie du cancer. Le volume se termine par d'intéressantes considérations sur le moral dans les maladies.

L'ouvrage du Dr Rivière marquera sa place parmi les publications de l'heure présente consacrées à l'apologie de la thérapeutique naturelle. L'auteur a su y montrer éloquemment toutes les ressources que le médecin peut trouver dans les agents physiques, au grand bénéfice de sa clientèle journalière.

Traitement chirurgical de la Tuberculose pulmonaire. Pneumectomie, pneumotomie, collapsthérapie, méthode de Freund ; par le Dr TUFFIER, prof. agrégé et le Dr J. MARTIN, 1 brochure gr. in-8° (n° 59 de l'*Œuvre Médico- Chirurgical*) de 28 pages, avec figures dans le texte. (Masson et Cie, éditeurs : 1 fr.25.)

Le traitement médical de la tuberculose pulmonaire est souvent inefficace. Ne pourrait-on pas considérer cette affection comme une tuberculose locale et la soumettre à une intervention directe ? MM. Tuffier et Martin consacrent une monographie de l'*Œuvre Médico-Chirurgical* à donner une réponse à cette grave question. Dans différents chapitres les auteurs étudient la pneumectomie contre les tuberculoses pulmonaires limitées, contre les cavernes pulmonaires ; les injections sclérogènes et enfin le pneumothorax opératoire qui détermine un affaissement définitif du poumon malade. Cette dernière intervention, dont l'efficacité n'est plus discutée, est, dans cette brochure, l'objet d'une étude complète et ample. Le manuel opératoire, la quantité et la nature des gaz à injecter, les soins consécutifs, sont minutieusement examinés et décrits. Des figures nombreuses ajoutent à la clarté de l'exposition et font de cette monographie un travail de première utilité.

Les noms des fleurs trouvés par la Méthode simple, sans aucune notion de Botanique ; par M. GASTON BONNIER, professeur de Botanique à la Sorbonne, avec 372 photographies en couleurs et 2715 fig. en noir. 1 vol. de poche, 336 p. illustrées et 64 pl. ; cart. demi-toile : 5 fr. 50, relié 6 fr. Librairie Générale de l'Enseignement, 1, rue Dante, Paris (Ve.)

Peut-on trouver les noms des plantes sans savoir la botanique ? Non, répondra t-on ; c'est impossible. M. Gaston Bonnier répond : oui, rien n'est plus facile.

Et il le prouve en rédigeant ce nouvel ouvrage où par la *Méthode simple*, sans se préoccuper de classification, sans rien connaître de l'organisation de la fleur, toute personne pourra déterminer les espèces de plantes répandues en France, ou même communes en Europe.

Il suffit de lire les questions successives qui sont posées, de choisir, la plante en main, celles qui conviennent ; de numéro en numéro, on arrive, sans effort, au nom cherché.

On est aidé dans le choix des questions par de nombreuses fi-

gures et une dernière vérification est, en général, donnée par la *photographie en couleurs* qui représente la plante qu'on a cueillie. On est de plus renseigné sur ses applications agricoles, industrielles ou médicales et dans ce dernier cas, on trouve s'il y a lieu, l'indication des doses à employer, du danger que peut avoir l'usage de la plante, etc. Un signe spécial indique encore si c'est une espèce recherchée par les abeilles.

Grâce à la *Méthode simple*, ce n'est plus une étude de trouver le nom des fleurs cueillies dans les champs, dans les prés ou dans les bois, c'est plutôt, pourrait-on dire, un attrayant amusement, tant est rendue facile cette détermination.

La couleur et la forme générale des fleurs, la disposition des feuilles et leurs découpures plus ou moins profondes suffisent, avec quelques caractères très aisés à observer, pour distinguer de toutes les autres la plante qu'on a entre les mains.

« J'avais pensé, dit Ernest Bersot dans sa *Lettre sur la Botanique*, que, pour reconnaître une fleur, il suffisait de connaître quelques gros caractères, bien visibles, bien tranchés, et toujours réunis ; mais les savants se sont adressés à des caractères cachés et délicats, en sorte qu'on ne peut rien sans le scalpel et le microscope et sans avoir en même temps la fleur et le fruit, sans avoir suivi à peu près toute l'histoire de la plante. On se rebuterait à moins ! »

Ce sont précisément ces quelques gros caractères bien visibles, bien tranchés et toujours réunis, que M. Gaston Bonnier a réussi à grouper dans la *Méthode simple* pour permettre à tous de trouver sans peine les noms des fleurs.

La Pratique des maladies des enfants (*Diagnostic et Thérapeutique*). II. ***Maladies du tube digestif*** ; par les Dr Cruchet, Rocaz, Méry, Guillemot, Grenet, Fargin-Fayolle, Genevrier et Delcourt. 1 vol. gr. in-8 de 620 pages, avec figures. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Ce nouveau volume de la Pratique des Maladies des Enfants consacré aux *Maladies du tube digestif* est dû à MM. Grenet, Fargin-Fayolle, Rocaz, Méry, Guillemot, Genévrier et Delcourt. Les *Maladies du tube digestif* ont dans l'étude de l'enfance une importance de plus en plus grande.

M. Cruchet fait tout d'abord un exposé général de l'*examen clinique de l'enfant*. MM. Grenet et Fargin-Fayolle traitent des *Maladies de la bouche, des dents et des glandes salivaires*, y compris les oreillons. M. Rocaz passe en revue les *Maladies du pharynx*, comprenant les végétations adénoïdes, les angines et la diphtérie.

M. Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. Guillemot et Genévrier, exposent les *Maladies de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin*. Enfin M. Delcourt traite des *vers intestinaux*. Comme les deux volumes qui l'ont précédé, celui-ci se place sur un terrain éminemment pratique et fournit les notions les plus indispensables aux praticiens. G. P.-B.

Précis d'auto-suggestion volontaire ; par le Dr Géraud Bonnet. (Un volume in-18 de 300 pages. Rousset, éditeur, Paris 1910.)

Par sa volonté l'homme peut transformer sa nature, diminuer ses infirmités et ses défauts et accroître ses qualités. Mais cette volonté est dressée grâce à l'autosuggestion volontaire. Pour que celle-ci soit efficace, elle doit s'accompagner d'énergie cérébrale de force de la volonté, de concentration de la pensée. L'auteur donne la série d'exercices spéciaux qui permettent d'obtenir ces qualités spéciales indispensables pour la formation d'une personnalité puissante. Il est impossible de suivre l'auteur dans les longs développements qu'il présente au lecteur ; il faut lire son ouvrage pour comprendre sa méthode et les bases sur lesquelles il l'appuie. G. P.-B.

La toxémie neurasthénique ; par le Dr Page. (Un volume in-16 de 244 pages. Vigot, éditeur, Paris, 1910.)

Se plaçant sur un terrain pratique et s'appuyant sur l'analyse des troubles mentaux, sur les recherches urologiques et sur les antécédents, l'auteur affirme que neurasthénie, veut dire intoxication. Mais comme il n'y a pas une neurasthénie mais des neurasthéniques, c'est-à-dire des êtres réagissant en face de causes toxiques, il faut reconnaître que les causes de l'affection sont nombreuses.

M. Page, en somme, accorde une prépondérance marquée à l'action des viscères qui permettent l'intoxication des centres nerveux. L'intoxication, générale d'abord, envahit ensuite le système nerveux au fur et à mesure que les barrières de défense succombent.

La théorie de l'auteur se déduit logiquement de ses observations : peut-être accorde-t-il une trop minime importance à la prédisposition individuelle ; peut-être considère-t il les émotions et les heurts psychiques comme trop effacés, mais personne ne peut nier qu'il voit juste et que son traitement est rationnel.

G. P.-Boncour.

Les fonctions nerveuses. Les fonctions bulbo-médullaires. Deuxième partie : *Fonctions viscérales, sécrétoires, trophiques et thermogéniques*. W. Bechterew, Professeur de psychiâtrie à l'Université de Saint-Péterbourg. 1 vol. in-18 jés., cartonné toile, de 620 pages, avec 42 fig. dans le texte. 5 francs. (O. Doin et fils, éditeurs, Paris.)

L'attention se porte généralement d'une façon presque exclusive, dans les fonctions du système nerveux, sur la vie de relation, et, c'était l'objet du premier volume du professeur Bechterew, sur les *Fonctions bulbo-médullaires*. Ce deuxième ouvrage, beaucoup plus considérable que le précédent, envisage justement les fonctions de nutrition souvent encore bien mal connues, si variées et si complexes, mais aussi si importantes, car nul n'ignore, malgré la part qu'on peut faire — et qu'on exagère souvent — aux mécanismes humoraux, que toutes les fonctions sont sous la dépendance étroite du système nerveux, et que, lorsque celui-ci défaille, tout est atteint. Aussi devrat-on lire de près ce volume extrêmement documenté, où l'état des questions est exposé en détail, avec l'indication des lacunes, des problèmes encore à résoudre, des litiges à solutionner sur les fonctions viscérales, sécrétoires, trophiques, thermogéniques de la moelle et du bulbe. La respiration, la digestion, les actions glandulaires, les fonctions génitales, les phénomènes cardiaques et vaso-moteurs, etc., seront successivement envisagés avec le professeur Bechterew dont le livre est destiné à rendre les plus grands services. G. M.

Manuel des maladies du foie et des voies biliaires, sous la direction de MM. Debove, Achard et Castaigne, par MM. Castaigne, et Chiray. (Masson, 1910.)

Le nouveau volume de la collection Debove, Achard, Castaigne est relatif aux maladies du foie : il est dû à la collaboration de MM. Castaigne et Chiray.

Aussi n'est-on pas étonné de trouver un livre à la fois documenté et très original qui procède à la fois des doctrines des Professeurs Gilbert et Chauffard, et des vues personnelles de Castaigne.

La première partie est consacrée à l'anatomie, à la physiologie et à la sémiologie du foie : on y trouve notamment une série de notions nouvelles sur la structure et sur les fonctions de cet organe ; sur l'insuffisance hépatique et l'hyperhépatie, sur l'hypertension portale et l'hypotension sushépatique ; de nombreuses illustrations facilitent la compréhension du texte.

La 2e partie est relative à l'étude analytique des maladies du foie et des voies biliaires, aux infections aiguës du foie, aux hépatites dégénératives, hyperplasiques, aux hépatites scléroses, aux hépatites spécifiques, puis aux maladies du péritoine périhépatiques, aux maladies de la circulation hépatiques, des voies biliaires.

Dans ces différents chapitres, la description est d'une très grande netteté. On y trouve admirablement classifiées les données actuelles ; on y trouve, de plus, à chaque page un cachet personnel. Qu'il s'agisse de cirrhoses pigmentaires, de cirrhoses diffuses, de syndrome de Banti, d'élimination intermittente du bleu, on trouve exposés les remarquables travaux de Castaigne, à côté des si nombreuses recherches, qui, sous la direction de Gilbert, ont entièrement changé dans ces dernières années la pathologie hépatique. P. Carnot.

NOUVEAU CODEX

Médicaments sérothérapiques, sérums thérapeutiques(1)

Les *Sérums thérapeutiques* employés jusqu'à ce jour proviennent du sang d'animaux, notamment de chevaux, immunisés contre diverses maladies contagieuses. Ils peuvent être délivrés à l'état liquide ou à l'état sec.

Les *Sérums thérapeutiques liquides* sont de couleur jaunâtre; ils présentent une odeur et une saveur spéciales.

Ils sont limpides au moment de leur préparation ; mais, à la longue il peut se former un léger dépôt au fond du récipient. Ce dépôt n'est pas un signe d'altération ; le liquide limpide qui surnage conserve son efficacité.

Les sérums thérapeutiques liquides sont contenus dans des tubes scellés à la lampe ou dans des flacons bouchés avec soin. La fermeture du flacon ou celle de l'étui qui contient le tube sont assurées par un plomb de garantie portant le nom du préparateur ; l'étiquette apposée doit mentionner la date de la préparation, ainsi que l'évaluation des pouvoirs antimicrobien et antitoxique.

Les sérums doivent être stériles. Dans le cas où ils renfermeraient une substance antiseptique, le *nom de cette substance et la dose contenue dans chaque récipient doivent être inscrits sur l'étiquette.*

Conservation. — On doit conserver les sérums liquides a l'abri de la lumière et de la chaleur.

Observation. — Les sérums thérapeutiques liquides, employés jusqu'à ce jour, conservent leur propriétés au moins pendant une année.

Les *Sérums thérapeutiques desséchés* sont obtenus par évaporation du sérum des animaux immunisés, soit à froid et dans le vide, en présence de l'acide sulfurique, soit par dessiccation, à une température ne dépassant pas + 40°, dans un courant d'air sec privé de germes.

Ces sérums se présentent sous forme d'écailles translucides, de couleur jaunâtre, ou de poudre blanc jaunâtre ; ils ne doivent dégager aucune odeur. Ils sont entièrement solubles dans 9 parties d'eau distillée froide ; le soluté ainsi obtenu est toujours opalescent et représente très sensiblement la concentration du sérum liquide primitif.

Les sérums desséchés sont renfermés dans des flacons hermétiquement bouchés ou dans des tubes de verre stérilisés, puis scellés à la lampe. Chaque récipient contient *un gramme* de produit et porte un trait qui correspond à une capacité de 10 centimètres cubes.

Le sérum desséché est dissous, de préférence, dans le récipient qui le renferme ; la dissolution doit être faite d'une manière rigoureusement aseptique.

A cet effet, passez dans une flamme le goulot du flacon ou la la pointe effilée du tube ; débouchez le flacon ou brisez la pointe du tube, puis placez horizontalement le récipient de manière à étaler la matière dans toute la longueur ; introduisez alors une petite quantité d'eau, préalablement *bouillie puis refroidie*, de façon à humecter les fragments de sérum desséché et à déterminer leur adhérence à la paroi du récipient. Après quelques instants, redressez verticalement le récipient, maintenez-le dans cette position, puis remplissez-le d'eau stérilisée, jusqu'au trait.

La dissolution du sérum desséché peut à la rigueur être effectuée dans un vase quelconque, pourvu que ce vase et l'eau employée soient stérilisés.

SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

Le sérum antidiphtérique est à la fois *antitoxique* et *antimicrobien*.

Le pouvoir *antitoxique* du sérum antidiphtérique liquide doit être au minimum de 200 unités antitoxiques par centimètre cube.

L'*unité antitoxique* est la quantité d'*antitoxine* qui, mélangée à 100 doses mortelles de *toxine* récemment préparée, les rend inoffensives.

La *dose mortelle minima* de toxine est celle qui, injectée sous la peau, fait périr en quatre jours un cobaye pesant 350 grammes.

(1) Les préparateurs de ces produits ne peuvent les délivrer sans autorisation ; ils doivent se conformer aux prescriptions de la loi du 25 avril 1895.

Le pouvoir *antimicrobien* du sérum antidiphtérique doit être au minimum de *un cent-millième* : c'est-à-dire qu'il doit suffire d'injecter à un cobaye, pesant de 300 à 400 grammes, un *cent-millième de son poids* de sérum antidiphtérique, pour que cet animal résiste, s'il est inoculé *vingt-quatre heures* après avec une dose de culture de bacille diphtérique sur sérum âgée de vingt-quatre heures, laquelle culture est mortelle en *quarante heures environ*, pour les témoins.

Le soluté obtenu en dissolvant un gramme de sérum antidiphtérique desséché, dans quantité d'eau stérilisée suffisante pour obtenir un volume de 10 centimètres cubes, est toujours opalescent. Ce soluté doit présenter sensiblement les mêmes pouvoirs *antitoxique* et *antimicrobien* que le sérum liquide.

SÉRUM ANTIPESTEUX

Le sérum antipesteux est *antitoxique* et *antimicrobien*.

Un centimètre cube de toxine pesteuse soluble mélangée *in vitro* avec *un dixième de centimètre cube* de sérum antipesteux constitue un mélange inoffensif pour la souris. La toxine pesteuse soluble, employée pour cette vérification, doit posséder une activité telle que *un quatre-vingtième de centimètre cube* tue une souris pesant environ 20 grammes.

Un *dixième de centimètre cube* de sérum antipesteux liquide doit suffire pour guérir une souris inoculée *seize heures* auparavant avec une dose de culture de bacille pesteux capable de tuer les témoins dans un temps qui varie de *quarante huit* à *soixante* heures.

Si l'on dissout un gramme de sérum antipesteux desséché dans quantité d'eau stérilisée suffisante pour obtenir un volume de 10 centimètres cubes, la solution obtenue est toujours opalescente et doit présenter sensiblement les mêmes propriétés que le sérum liquide.

Observation. — *Cette solution ne doit jamais être utilisée pour les injections intra-veineuses* ; on emploie exclusivement pour cet usage le sérum liquide.

Un volume de la solution au dixième de sérum antipesteux desséché agglutine, en *moins d'une heure*, le coccobacille pesteux, contenu dans 200 ou 300 volumes de culture en bouillon.

SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE

Le sérum antistreptococcique est *antimicrobien*. Injecté dans le péritoine d'une souris à la dose d'un dixième de centimètre cube, il la préserve contre une dose cent fois mortelle de culture de streptocoques injectée, sous la peau, vingt-quatre heures après.

Le soluté obtenu en dissolvant un gramme de sérum antistreptococcique desséché dans quantité d'eau stérilisée suffisante pour obtenir un volume de 40 centimètres cubes, est toujours opalescent; ce soluté représente sensiblement la concentration et l'activité du sérum liquide.

SÉRUM ANTITÉTANIQUE

Le sérum antitétanique est *antitoxique* ; il est employé à titre préventif.

Pour éprouver le pouvoir antitoxique, mélangez *un cinquante-millième de centimètre cube* de ce sérum avec 100 doses de toxine tétanique mortelle pour le cobaye ; injectez ensuite ce mélange à un cobaye : il ne devra manifester aucun symptôme tétanique.

Le soluté, obtenu en dissolvant un gramme de sérum antitétanique desséché dans une quantité d'eau stérilisée suffisante pour obtenir un volume de 10 centimètres cubes, est toujours opalescent ; ce soluté présente sensiblement la concentration et l'activité du sérum liquide.

SÉRUM ANTIVENIMEUX

Le sérum antivenimeux est *antitoxique*.

Un milligramme de venin de cobra, desséché, doit être, *in vitro*, neutralisé par *un demi-centimètre cube* de sérum antivenimeux, et le mélange injecté à un cobaye pesant 500 grammes doit être inoffensif pour cet animal.

Le soluté, obtenu en dissolvant un gramme de sérum antivenimeux desséché, dans une quantité d'eau stérilisée suffisante pour obtenir un volume de 10 centimètres cubes, est toujours opalescent ; ce soluté présente sensiblement la concentration et l'activité du sérum liquide.

REVUE GÉNÉRALE

—

Les pleurésies médiastines ;

Par M. Paul SAVY
Médecin des hôpitaux de Lyon

Historique

Parmi les pleurésies enkystées, la forme médiastine est, de toutes, la moins connue, et ce qui caractérise son histoire, c'est le nombre restreint des travaux qui lui ont été consacrés, principalement au point de vue clinique. *Laënnec*, *Cruveilhier*, *Chomel*, ne citent que des trouvailles d'autopsie.

On trouve dans les cliniques d'*Andral* deux observations d'empyème médiastinal qui contiennent quelques détails sur l'évolution de la maladie. En 1884 *Pel* en signale un cas qui fut confondu avec une péricardite. M. *Bouveret*, en 1888, insiste sur la latence des formes cliniques et la confusion possible avec la tuberculose pulmonaire. *Grancher* et son élève *Velimirovitch* (1891) s'occupent principalement de la variété séreuse pseudo-péricardique. MM. *Choinot* et *Griffon* publient une observation d'empyème en 1896.

C'est en 1898-99 que M. *Dieulafoy* établit, dans ses cliniques, la symptomatologie des pleurésies purulentes enkystées du médiastin postérieur, et de 1902 date le travail de M. *Chauffart* sur les formes séreuses.

A cette liste s'ajoutent encore les travaux de MM. *Duplant* (1898), *Vanverts* et *Dancourt* (1904), *Detot* (1904), deux observations de M. *Fernet* (1905), une de M. *Lafforgue* (1909), une de MM. *Mollard* et *Rebattu* (1909). Dans la *Revue de médecine* de 1910, MM. Devic et Savy consacrent un long mémoire à la question des pleurésies médiastines où ils rapportent toutes les observations publiées.

Etiologie et pathogénie

Tous les agents pathogènes que l'on décrit comme responsables des pleurésies généralisées et enkystées peuvent naturellement se retrouver à l'origine de la forme médiastine. Toutefois, en ce qui concerne l'empyème, c'est le *pneumocoque* que l'on signale le plus fréquemment, bien que souvent les signes de pneumonie antérieure aient passé inaperçus, l'examen du malade ayant été pratiqué tardivement.

La tuberculose est en général responsable des formes séreuses.

Les observations sont plus fréquentes chez l'homme, et les enfants sont fréquemment atteints.

Le médiastin peut recevoir les germes capables d'y développer une pleurésie enkystée par des voies diverses :

1° *Le poumon* : atteint de pneumonie, broncho-pneumonie, gangrène, tuberculose, il peut être le point de départ de la lésion pleurale.

2° *Les ganglions trachéo-bronchiques* : la moindre irritation des voies aériennes supérieures, enflamme chez l'enfant les ganglions du médiastin. Fréquemment, la plèvre médiastine réagit par contiguïté, au moyen d'une inflammation légère qui passe souvent inaperçue en l'absence de l'examen radioscopique.

3° *Le péricarde*. On connaît les relations lymphatiques entre la plèvre gauche et le péricarde établies par Colrat. Péricardite et pleurésie médiastine s'associent fréquemment, mais surtout lorsque l'inflammation débute par le péricarde.

4° *Affections des parois thoraciques ou des organes du médiastin* : on conçoit que la plèvre médiastine réagisse au contact d'inflammation, de tuberculose ou de cancer développés dans son voisinage. Ces cas sont peu intéressants, car la pleurésie est alors plus souvent anatomique que clinique, ou bien elle atteint toute la cavité pleurale.

Anatomie pathologique

1° *Les lésions de la plèvre médiastine.* — L'inflammation est ordinairement unilatérale et plus fréquente à gauche ; elle apparaît parfois bilatérale à l'examen radioscopique. Il est rare que la plèvre soit prise en totalité ; le fait a été constaté cependant dans un cas de M. Mollard ; les lésions siègent ordinairement soit en avant, soit en arrière du pédicule pulmonaire.

Dans la forme *sèche* on observe toutes les transitions entre la symphyse totale et les brides plus récentes.

Une autopsie de pleurésie médiastine *séreuse* rapportée par Velimirovitch montra les plèvres médiastines déjà presque asséchées, couvertes de fausses membranes et parsemées de tubercules qu'on retrouvait également dans la plupart des organes.

Les lésions les mieux connues sont celles de l'*empyème*. Elles siègent ordinairement dans le *médiastin antérieur* ; la poche est limitée par la paroi costale en avant, la face interne du poumon en dehors, la plèvre péricardique en dedans, le pédicule pulmonaire en arrière ; mais ces limites sont naturellement variables suivant son étendue.

Plus rarement, l'empyème occupe le *médiastin postérieur*, limité par le poumon en dehors, la colonne en dedans, les côtes en arrière, le hile pulmonaire en avant.

Quand la pleurésie est étendue aux *deux médiastins* sa région moyenne est à cheval sur le hile du poumon.

La poche ne se distingue pas par sa structure de celle des autres pleurésies enkystées. *Le pus* revêt des caractères différents suivant le microbe en cause : il peut être fétide. Habituellement il présente les caractères du pus à pneumocoque. Sa quantité varie de quelques grammes à plusieurs litres.

2° *Les lésions de voisinage.* — Les autres régions de la *plèvre* peuvent présenter des foyers enkystés diaphragmatiques, costaux, interlobaires.

Le poumon, simplement atélectasié ou présentant des lésions pneumoniques, tuberculeuses, etc., est refoulé en dehors, *et la compression pouvant s'exercer à loisir sur un organe éminemment compressible, on comprend que la déviation du cœur en soit d'autant moins prononcée.*

Le cœur, dont le déplacement s'opère surtout au niveau de la base, comme dans les pleurésies ordinaires, n'est, en réalité, qu'assez légèrement dévié, en dedans par les épanchements gauches, en dehors lorsque le liquide est à droite.

Le péricarde présente parfois un épanchement séreux ou purulent ; il peut être symphysé. Il est souvent sain lorsque l'inflammation a débuté par la plèvre médiastine.

Les organes du médiastin postérieur : œsophage, trachée, récurrent, etc., peuvent être comprimés comme en témoignent cliniquement les deux observations de M. Dieulafoy.

Etude clinique

1° L'empyème du médiastin. — Je décrirai successivement : l'empyème du médiastin antérieur, l'empyème du médiastin postérieur, les formes latentes.

a) *Empyème du médiastin antérieur.— Une première variété*, la plus importante de toutes les formes de pleurésie médiastine, *simule une péricardite avec épanchement.*

Le *début* en est généralement brusque, réalisé par des symptômes pneumoniques : points de côté, fièvre, expectoration rouillée. Mais cette première période échappe généralement à l'examen et on se trouve habituellement en face de l'épanchement constitué. Plus rarement, le pus s'est accumulé sournoisement dans la plèvre, sans que le malade se soit alité à aucun moment.

A la période d'état, les *signes physiques* sont les suivants :

Au niveau de la région précordiale (l'épanchement étant à gauche), apparaît parfois une *voussure* plus ou moins étendue (cas de Pel) entre le bord gauche et la ligne mamelonnaire, au niveau des 3e, 4e, 5e côtes.

La percussion, parfois douloureuse, révèle une *zone de matité* antérieure, qui lorsqu'elle est très étendue simule parfois complètement la matité en triangle de la péricardite avec épanchement. Lorsque l'empyème siège à droite, cette matité s'étend parfois depuis la clavicule jusqu'au foie, en se confondant à gauche avec la matité cardiaque. *Les vibrations* sont abolies au même niveau.

A l'auscultation dans la zone de matité on ne perçoit en général qu'un *silence respiratoire absolu*, sans râles et parfois sans souffle, et partout ailleurs la respiration est normale. s'il n'y a pas d'autres foyers dans la plèvre.

L'examen du cœur montre les signes suivants : la matité cardiaque n'existe plus distincte de celle de la pleurésie qui l'englobe. Le choc cardiaque est difficilement perceptible, mais on voit parfois des ondulations faibles dans le quatrième espace gauche (cas de Pel), en dedans du mamelon. Les bruits cardiaques, parfois nets, sont souvent lointains et assourdis, soit en raison de la présence du liquide pleural, soit parce que le myocarde est plus ou moins lésé par l'inflammation de voisinage. Le maximum des bruits est sur le bord sternal droit, lorsque l'épanchement siège à gauche, un peu en dehors du mamelon lorsqu'il est à droite. *En tout cas la déviation cardiaque n'est, en général, que peu considérable pour les raisons émises au chapitre d'anatomie pathologique.*

Les signes fonctionnels et généraux sont variables : l'allure générale est celle d'une infection aiguë, parfois d'une véritable septicémie dans les cas plus graves ; plus rarement le malade ne s'alite pas et paraît souffrant plutôt que réellement malade. La fièvre est élevée, le pouls rapide, il y a une dyspnée et une cyanose plus ou moins prononcées, une douleur rétrosternale plus ou moins vive. Il n'y a ni cornage, ni dysphagie, ni troubles laryngés ; le hoquet et la douleur du phrénique ne sont pas signalés.

Une autre variété d'empyème médiastinal antérieur est réalisée par l'apparition de *l'empyème de nécessité*. La seule manifestation clinique apparente est constituée alors par un *abcès de la région thoracique antérieure* simulant un abcès froid de la paroi. L'observation de M. Ardouin est le seul exemple connu. Elle concerne une fillette qui vint à pied à l'hôpital pour un gros abcès siégeant tout près du bord gauche du sternum au niveau du 3e espace. La respiration s'entend partout et il n'y a aucune zone de matité en arrière ou sur les côtés. On sent la pointe du cœur dans le 5e espace à un centimètre au-dessous et en dedans du mamelon. On pense à un abcès froid, on ponctionne, on retire une grande quantité de pus à des ponctions différentes, et on évacue finalement la totalité par une incision et le drainage. L'exploration au stylet, la traumatopnée, la radiographie, firent affirmer le diagnostic de pleurésie médiastine.

Nous signalerons enfin *une troisième variété* d'épanchement médiastinal *qui sert de transition entre les formes antérieures et les formes postérieures, car il occupe, chose rare, les deux médiastins.* On constata (Obs. Mollard) de la matité et du souffle le long du bord gauche du sternum puis, après une vomique légère et fractionnée, des signes cavitaires dans la même région ; l'atteinte du médiastin postérieur se traduisit par une zone de matité et d'obscurité juxtarachidienne sans signes de compression des organes profonds.

b) *Empyème du médiastin postérieur.* — *Une première variété*, bien établie par M. Dieulafoy, est remarquable par l'intensité des troubles fonctionnels réalisés par la compression des organes profonds créant *un syndrome médiastinal.*

Le début est généralement brusque : la fièvre, les frissons, la dyspnée, la toux, témoignent de l'atteinte de l'appareil respiratoire.

Peu à peu les signes de localisation se précisent ; on voit apparaître le *tirage*, le *cornage*, la *dysphagie*, *la toux coqueluchoïde*, la *circulation collatérale* développée dans la région thoracique supérieure, la voie sourde, rauque, voilée. L'examen laryngoscopique montre l'obliquité du larynx, la déviation de la trachée, l'œdème des cordes supérieures.

Comme *signes physiques*, on note la douleur à la pression dans la gouttière costo-vertébrale, de la submatité juxta-rachidienne.

Le tableau peut être plus réduit, et tout se borne aux signes de compression.

La terminaison habituelle est la *vomique*, suivie de guérison après un temps plus ou moins long.

Une seconde variété d'empyème médiastinal postérieur est réalisée dans les deux cas de M. Fernet. La localisation en cette région de la plèvre fut diagnostiquée par la présence d'une zone de matité et d'obscurité, en arrière entre la colonne et l'omoplate et le pus fut évacué par une incision pratiquée à ce niveau. Ce qui distingue ces cas des précédents, c'est l'absence de signes de compression réalisant le syndrome médiastinal. Il y avait en outre des lésions associées d'épanchement diaphragmatique et interlobaire.

c) *Les formes latentes de l'empyème médiastinal.* — Elles peuvent *simuler la tuberculose pulmonaire*, comme dans le cas de M. Bouveret, concernant un homme âgé qui toussait depuis longtemps, maigrissait et présentait les signes apparents de l'hecticité tuberculeuse. A l'autopsie on constata l'absence de toute lésion tuberculeuse, et il existait un abcès pleural au devant du hile du poumon. Actuellement, avec la radioscopie, ces formes peuvent être diagnostiquées plus facilement.

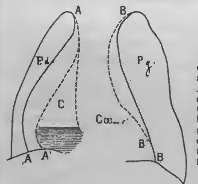


Fig. 1. — Image radioscopique d'un grand empyème médiastinal antérieur droit (A. A, B. B). Après la ponction, le tracé est devenu A. A', B. B' (en pointillé). On note en outre un pyo-pneumothorax avec poche gazeuse (C) surmontant le niveau horizontal du liquide restant. — P. d. (poumon droit écrasé par l'épanchement) ; P. g. (poumon gauche). (Cas Devic et Savy).

Enfin l'empyème du médiastin peut être *masqué par les signes d'une affection concomitante* : tuberculose cavitaire, poches pleurales multiples, péritonite, péricardite aiguë, septicémie.

L'*évolution* de l'empyème médiastinal aboutit le plus souvent à la mort (8 cas sur 14). Les six autres ont guéri : 2 par vomique, 1 par la ponction, 3 par la pleurotomie. Dans le cas Devic et Savy, où le malade fut ponctionné et qui avait trait à une abondante pleurésie médiastine droite antérieure développée sans troubles apparents de la santé, la ponction fut suivie de l'entrée de l'air dans la plèvre réalisant un *pyopneumothorax médiastinal* visible d'abord uniquement sous l'écran (Fig. I) puis qui se traduisit par la succussion. Une seconde ponction amena la guérison.

2° Les pleurésies médiastines séreuses.

a) *Forme antérieure pseudo-péricardique.* — C'est Grancher et son élève Velimirovitch qui ont attiré l'attention sur cette variété de pleurésie médiastine. Ce que nous avons dit de la forme correspondante de l'empyème nous évitera d'insister sur elle.

L'affection débute comme une pleurésie ordinaire ; le point siège entre le mamelon et le sternum.

Il est vraisemblable que le premier signe physique est un bruit de frottement dans la région précordiale (l'inflammation siégeant habituellement à gauche) ; mais, en général, on examine le malade au stade d'épanchement constitué et on note :

Une *voussure* précordiale (les cas signalés se rapportent à des enfants) qui serait plus étalée et plus prononcée que celle de la péricardite. La peau est sillonnée de veines bleuâtres. Le sternum n'est pas déjeté latéralement.

La *percussion* révèle une zone tympanique immédiatement sous la clavicule, limitée inférieurement par une *matité absolue* s'étendant transversalement depuis le sternum, qu'elle déborde à droite jusqu'à la ligne axillaire. L'espace de Traube diminue d'étendue mais ne disparaît pas complètement. Les *vibrations* sont abolies dans cette zone de matité, et l'auscultation révèle surtout de l'*obscurité respiratoire*. On signale parfois en même temps un épanchement de la base gauche.

Le cœur est légèrement dévié à droite. On perçoit ses battements, et ses bruits sont assez bien frappés à l'auscultation.

b) *Formes prédominant du côté du médiastin postérieur.* — Les observations appartiennent à M. Chauffard. Ce sont de petites pleurésies, ce qui explique leur bénignité. Il n'y a pas d'enkystement à proprement parler et « le liquide vient-il à augmenter dans de notables proportions, il déborde dans la grande cavité séreuse dont ne le sépare aucun obstacle sérieux et les symptômes graves sont conjurés ; aussi n'existe-t-il aucun signe de compression médiastinale. »

C'est la *localisation des signes physiques au voisinage immédiat de la colonne vertébrale* qui signale l'envahissement de la plèvre médiastine. C'est la pleurésie en *bande verticale* de M. Chauffard. On constate, dans la zone juxtarachidienne, de la matité avec obscurité, souffle, égophonie, pectoriloquie, et tous les signes s'atténuent dès qu'on s'éloigne du rachis. Les frottements pleuraux de la convalescence se localisent également à ce niveau; et la radioscopie montre une bande sombre parallèle à la colonne qu'elle touche.

Lorsque la plèvre diaphragmatique est prise également, les signes forment une bande horizontale, qui jointe à la bande verticale de la pleurésie médiastine forme la *pleurésie en équerre*. Ultérieurement la grande plèvre peut se prendre.

Les signes fonctionnels et généraux sont ordinairement peu accentués. L'évolution se fait vers la guérison, avec crainte de tuberculose consécutive.

3° Les pleurésies médiastines sèches. — Elles se traduisent par un bruit de frottement perçu soit au contact du rachis, quand le siège de l'inflammation est postérieur, soit dans la région précordiale, quand la plèvre médiastine antérieure est atteinte.

Le début assez brusque rappelle celui de toute affection aiguë endothoracique : malaise général, fièvre, points de côté, etc. Puis apparaît, au niveau du cœur, un *bruit de frottement* rythmé par cet organe, qui fait penser à la péricardite, et qui en réalité se passe dans la plèvre médiastine antérieure ; nous indiquerons, avec Choyau, les moyens de faire le diagnostic.

Au bout de quelques jours, la résolution se produit, à moins qu'un épanchement ne vienne traduire ultérieurement une étape nouvelle de la lésion pleurale.

Voici ce que dit Choyau au sujet de ce bruit de frottement : « En général, précédé ou accompagné d'une douleur thoracique très vive, ce bruit de frottement est extrêmement superficiel et d'une intensité variable. Il s'entend principalement à la partie moyenne de la région précordiale, dans un point assez éloigné du sternum. Presque toujours unique et coïncidant avec la systole ventriculaire, il accompagne bien plus rarement la diastole que le véritable frottement péricardique. Très près de lui, souvent dans l'endroit même où il existe, on trouve une sonorité manifeste qui révèle la présence du poumon..... Souvent permanent, il cesse parfois pendant chaque inspiration pour se produire à nouveau à toutes les contractions ventriculaires qui coïncident avec l'expiration ».

Etude radioscopique.

On conçoit l'utilité de cet examen pour déceler une affection évoluant dans la profondeur de la cage thoracique. Voici d'après M. Destot, radiographe de l'Hôtel-Dieu de Lyon, les images présentées par la pleurésie médiastine :

1° *Formes à petit épanchement.* — On voit, dans la variété antérieure une légère bande grise qui double l'ombre cardiaque, passant à droite par le sein. Cette bande est uni ou bilatérale suivant qu'une ou les deux plèvres sont touchées. Dans la forme postérieure, la ligne grise est juxta-rachidienne et parallèle à la colonne (Chauffard).

2° *Formes à grand épanchement.* — Elles siègent ordinairement dans le médiastin antérieur. Lorsqu'elles se localisent à la région postérieure, c'est toujours par une bande sombre juxta-rachidienne qu'elles se révèlent.

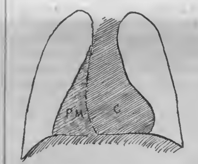


Fig. 2. — Image radioscopique d'un épanchement médiastinal antérieur droit. La fusion de l'ombre cardiaque (C) avec l'ombre de la pleurésie médiastine (P.M.) donne une grande ombre triangulaire qui simule un épanchement du péricarde.

Lorsque l'*épanchement médiastinal siège à droite* (fig. 2) la figure radioscopique est celle d'un grand triangle dont la base repose sur le diaphragme et cela par fusion de l'ombre de la pleurésie enkystée avec l'ombre normale du cœur.

✦

Or une péricardite avec épanchement donne également une ombre triangulaire analogue ; mais il est à remarquer que dans ce cas l'ombre est animée de battements, car les liquides sont incompressibles et les pulsations cardiaques restent visibles malgré l'épanchement péricardique ; lorsqu'une péricardite ne donne pas de battements à l'écran, c'est qu'il y a de la pleurésie médiastine de voisinage bilatérale, et le fait est fréquent. Dans la pleurésie médiastine droite, l'ombre triangulaire ne bat que du côté de la pointe du cœur, c'est-à-dire à gauche, car à droite l'épanchement pleural étouffe les battements contre le poumon compressible.

En fin de compte, pour distinguer si l'épanchement est uniquement médiastinal ou également péricardique, il faut employer le procédé de M. Destot qui consiste à insuffler légèrement l'estomac de façon à éclairer la partie inférieure du diaphragme. Si ce muscle, immobilisé par l'inflammation voisine, apparaît alors bombant sur sa face inférieure, c'est qu'il y a un épanchement dans le péricarde, car la face inférieure du cœur n'est pas enveloppée par la plèvre.

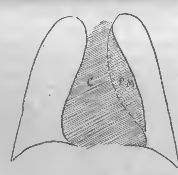


Fig. 3. — Image radioscopique d'un épanchement médiastinal antérieur gauche de quantité moyenne. La fusion des ombres du cœur (c) et de la pleurésie (P.M.), simule une ombre cardiaque surmontée d'une aorte élargie.

Lorsque la *pleurésie médiastine siège à gauche* (fig. 3) et que l'épanchement est de quantité moyenne, l'ombre pleurale se superpose à l'ombre cardiaque pour donner non plus un triangle à base inférieure, mais pour simuler une ombre cardiaque qui serait surmontée d'une aorte élargie ; le diagnostic est alors à faire avec les affections de l'aorte, dont la pleurésie se distingue facilement par l'absence de battements. Si l'épanchement est considérable on obtient alors une image triangulaire pseudo-péricardique mais disposée inversement à celle qu'on obtient lorsque la pleurésie est à droite.

Diagnostic.

1° Le *diagnostic positif.* — Ce qui imprime à la pleurésie médiastine un caractère particulier, c'est, d'une part, la plus grande latence des signes qui la traduisent, ensuite la localisation toute spéciale de ces signes (frottements, matité, obscurité) lorsqu'ils apparaissent. Ils siègent à la région précordiale lorsque la pleurésie est antérieure ; on les trouve sur une bande verticale juxta-rachidienne, lorsque le médiastin postérieur est atteint (avec ou sans signes de compression des organes qui y sont contenus). La radioscopie constitue un élément de diagnostic essentiel.

2° Le *diagnostic différentiel.* — Les *tumeurs du médiastin* qui, au premier abord, sembleraient devoir simuler l'épanchement médiastinal, sont, en réalité, une cause d'erreur minime. L'allure généralement aiguë de l'affection pleurale, l'absence d'adénopathie, l'aspect particulier des anévrysmes de l'aorte qui constituent presque la totalité des tumeurs du médiastin, et surtout l'examen radioscopique montrant des images nettement différentes, permettent une différenciation aisée.

La *tuberculose pulmonaire*, que simule un empyème latent et profond par les symptômes d'hecticité fébrile qu'il peut présenter, se distingue par les signes de ramollissement du parenchyme, ou tout au moins par la radioscopie quand des adhérences pleurales anciennes ne viennent pas obscurcir le champ d'examen.

L'*abcès froid de la paroi thoracique* fut la lésion avec laquelle M. Ardouin confondit tout d'abord un empyème médiastinal qui tendait à s'ouvrir au dehors, jusqu'au moment où la radiographie, l'abondance du pus qui s'écoula après l'incision, la traumatopnée, permirent de rectifier l'erreur.

On songea à un *kyste hydatique des parois du cœur* ou du péricarde chez un malade atteint d'une énorme pleurésie médiastine droite antérieure, et qui n'accusait aucun trouble fonctionnel. Ces cas sont trop exceptionnels pour qu'on doive porter un tel diagnostic.

C'est la *péricardite* qui constitue la principale difficulté, lorsque l'épanchement médiastinal est antérieur et siège à gauche, ce qui est fréquent. Tout prédispose à l'erreur : les signes fonctionnels, avec la douleur rétrosternale, la dyspnée, la cyanose, la petitesse du pouls, la fièvre ; les signes physiques : même matité précordiale, voussure possible dans les deux cas, frottements, assourdissement fréquent des bruits cardiaques ; la radioscopie qui montre des ombres au premier abord semblables. Et l'intervention même ne jette aucune lumière car il existe d'assez nombreux exemples où, après l'incision, le pus s'échappe par jets synchrones avec battements cardiaques, le doigt introduit dans la plaie perçoit ces pulsations ; on croit avoir ouvert le péricarde, et l'autopsie montre qu'il s'agissait d'une poche médiastinale développée au contact du cœur.

Le diagnostic devra souvent se faire sur des nuances d'examen, sur la déviation de la pointe du cœur et la netteté plus grande des bruits dans le cas de pleurésie médiastine, sur la radioscopie enfin avec les précautions qui ont été indiquées précédemment.

Pronostic.

Les *formes sèches et séreuses* guérissent habituellement. Mais leur nature fréquemment tuberculeuse assombrit le pronostic pour l'avenir.

Le pronostic immédiat de l'*empyème* est autrement défavorable ; la mort survient dans plus de la moitié des cas. La terminaison peut se faire :

1° Par *vomique* suivie de guérison, ou de mort dans l'hecticité, quand l'évacuation a été insuffisante ;

2 Le pus peut venir faire *saillie sous la peau* de la région thoracique (cas Ardoin). On incise l'abcès, on draine. La guérison survient ;

3° Dans les formes torpides, même à gros épanchements, la *ponction* a pu suffire à évacuer un pus devenu stérile, et à amener la guérison ;

4° L'*évacuation large* du foyer médiastinal et le drainage consécutif ont pu enrayer la marche de la maladie dans deux cas sur quatre qui furent opérés ;

3° La terminaison fatale peut se produire, que l'abcès pleural ait été ouvert ou non, lorsque des lésions analogues du péricarde, du péritoine, ou d'autres régions de la plèvre créent une véritable *septicémie.*

Traitement.

Lorsque l'*épanchement séreux* pseudo-péricardique est trop abondant, on peut l'évacuer par une ponction pratiquée sur la ligne axillaire antérieure ; à gauche, à peu près

au niveau du 5[e] espace ; à droite, dans le 4[e] espace (Velimirovitch).

Lorsqu'il s'agit d'un *empyème*, on peut employer : 1° la *ponction* dans la zone de matité. Elle suffit à assurer le succès dans le cas déjà signalé, où elle fut pratiquée dans le 3[e] espace droit à 4 cent. du bord sternal (pleurésie droite). En général, le moyen est à rejeter comme insuffisant.

2° La *pleurotomie.* — a) *Intervention sur la région antérieure.* — Elle fut pratiquée dans le cas de Pel pour un empyème antérieur gauche. On incisa entre la 3[e] et la 4[e] côte, jusqu'à la poche qu'on ouvrit, croyant avoir affaire à une péricardite purulente. On pourra naturellement réséquer un ou deux cartilages costaux et échancrer le sternum, si cela est nécessaire.

b) *Intervention sur le médiastin postérieur.* — M. Quénu traita deux cas par une incision verticale de 20 cm. à égale distance du bord interne de l'omoplate et des apophyses épineuses. Il réséqua des fragments des 3[e] et 4[e] côtes.

MM. Durand (*in* cas Mollard et Rebattu), fait une incision de 10 cm. suivant le trajet de la 6[e] côte, le milieu de cette incision correspondant à la ponction positive. Résection de cette 6[e] côte sur 6 cm. La partie postérieure de cette résection correspond à l'espace compris entre l'angle et le col de sorte que l'on se trouve tout contre la colonne. Ouverture de la plaie à la sonde cannelée, puis au dilatateur Tripier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate

ANDRAL. — Cliniques médicales, 1829, T. II.

CRUVEILHIER. — Art. *Pleurésies* du Dict. de méd. et chir. prat., Paris 1835, T. XIII.

CHOMEL. — Art. *Pleurésies* du Dict. de méd. ou Répert. gén., des S. M., Paris 1842, T. XXV.

CUFFER. — Rétrécissement fibreux du rectum, ; mort par péritonite et pleurésie purul. *Bull. soc. anat.*, Paris, 1874, p. 797.

LAURENT. — De la vomique dans la pleurésie purulente. Thèse Paris, 1877.

PEL. — Ein merkvürdiger Fall von Empyen. *Berl. klin. Woch.*, 1884, S. 113.

BOUVERET. — Traité de l'empyème, 1888.

GRANCHER. — De la pleurésie médiastine. *Bull. méd.*, 1892, p. 1171.

VELIMIROVITCH. — Etude sur la pleurésie médiastine, en particulier chez l'enfant. Thèse Paris, 1892.

THOINOT et GRIFFON. — Pleurésie purulente médiastine à pneumocoques. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1896, p. 568.

DIEULAFOY. — Pleurésie médiastine à pneumocoques. *Presse méd.*, 1896.

DIEULAFOY. — La pleurésie médiastine. Syndrome médiastinal. *Cli. méd.*, 1898-99.

DUPLANT. — Les pleurésies enkystées. *Province méd.*, 1898.

TRAITÉS CLASSIQUES. — Brouardel, Gilbert, Charcot-Bouchard.

CHAUFFARD. — Des pleurésies séreuses médiastines. *Presse méd.*, 1902, p. 363.

ARDOUIN. — Contribution à l'étude des pleur. médiat. *Année méd. Caen*, 1902, p. 183.

DETOT. — Les pleurésies partielles. Rev. gén., *Gaz. Hôp.*, 1904.

VANVERTS et DANCOURT. — Des pleurésies purulentes enkystées. *Arch. prov. chir.*, 1904, p. 1807.

FERNET. — Deux cas de pleurésie médiastine. *Bul. Ac. méd.*, 1905.

LAFFORGUE. — Pleurésie médiastine et déviation de la pointe du cœur. *Bull. médic.*, 1909.

MOLLARD et REBATTU. — Un cas de pleurésie médiastine purulente. *Journal des Praticiens*, 1909.

DEVIC et SAVY. — Les pleurésies médiastines. *Revue de médecine*, 1910.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ce que les médecins reprochent aux Sociétés de la Croix-Rouge.

Les Sociétés de la Croix-Rouge française continuent à faire le tour des causeries professionnelles. Partout elles reçoivent l'hommage d'admiration auquel leur donnent droit, et leurs statuts et leur passé. Mais, partout aussi, au nom de cette sincérité qu'il faut savoir accepter de la part de vrais amis, on exprime tout haut la crainte que les Sociétés de la Croix-Rouge, comme si elles étaient maintenant grisées par leur renommée, ne s'écartent des sphères de divinité où elles planaient jusqu'ici dans notre pensée, pour s'égarer dans la voie des abus et échouer à une concurrence illégitime et déplacée à l'égard de toute une corporation médicale qui aime ces Sociétés et qui les aide au besoin.



L'heure des précisions semble avoir sonné, et de toutes les plaintes que m'ont adressées des confrères depuis un précédent Bulletin sur « Les Croix-Rouge et les Praticiens » (1), se dégagent des récriminations qui visent principalement les « Dispensaires-Ecoles » et « Hôpitaux-Ecoles » de la *Société française de secours aux blessés militaires*. Le rôle de ces Dispensaires et Hôpitaux est ainsi défini par cette Société elle-même :

Pour assurer la formation de son personnel hospitalier, la Société a fondé à Paris un Hôpital-Ecole (rue des Peupliers, XIII[e] arrond.) et tant à Paris qu'en Province, 51 Dispensaires-Ecoles, dont le premier de tous, celui de Plaisance, est resté le modèle. Ces différentes fondations ont déjà instruit 4.500 infirmières, mobilisables au premier appel. Œuvre philantropique en même temps qu'œuvre de préparation pour le temps de guerre, les Dispensaires-Ecoles font un bien considérable, qui s'est traduit en 1909 par plus de 300,000 pansements gratuits dans la classe indigente.



Amicus Plato, sed magis amica veritas. En réalité, ce n'est pas la seule classe indigente qui reçoit des pansements et des soins de toutes sortes et pour toute maladie, mais toute personne quelconque qui est attirée à l'hôpital par des appels extérieurs dont a figuré ici même une reproduction.

Voulez-vous des faits particuliers ? Ils pullulent. Lisez d'abord la réponse du D[r] Cibrie au D[r] Pruvost, directeur des cours à l'une des trois Sociétés de la Croix-Rouge (2) :

« Or nous avons vu des diplômés de la Croix-Rouge électriser « des malades, faire dans leur entourage des séries d'injections « de sérum physiologique ou d'eau de mer, d'autres, vacciner « leurs parents et amis, d'autres soigner des panaris, d'autres « donner seulement des conseils, un très grand nombre gêner « tout au moins l'action morale du médecin, en diminuant de « façon directe ou indirecte, qu'elles le veuillent ou non, la con- « fiance du malade en son médecin ; confiance qui, nous le sa- « vons tous, entre pour une si grande part dans la thérapeutique « journalière. »

(1) V. *Progrès Médical*, n° 19, 7 mai, p. 264.

(2) Lettre lue à la Société médicale du VII[e] arrondissement de Paris, séance du 31 mai 1910.

Puis ce sont des Confrères qui m'écrivent :
Le Dr F. :

« Un de mes malades, M. X. s'est présenté à moi pour être « opéré d'une fistule anale. Je lui avais fait le prix de 100 frs. « Il a été opéré à l'hôpital des Peupliers par le chirurgien B. »

Le Dr Q. signale les deux faits suivants :

1° M. P., malade antérieurement soigné par moi pour accident de travail, brûlure grave de l'avant-bras :
3 mois après, accident de travail identique : 4 sept. 1909.
Il est soigné à la Croix-Rouge, mais me fait appeler 10 jours après, uniquement pour établir le certificat d'origine qu'on ne veut pas lui délivrer, et ajoutant *qu'il a pensé à moi dans la circonstance parce que je l'avais bien soigné la première fois* ! ! ! !
2° M. G. Extrémité d'un doigt écrasé : va à la Croix-Rouge où on lui fait un pansement et injection de sérum antitétanique dans la cuisse (ce qui n'a pas peu contribué à le rabattre chez moi).
Sur les instances de son patron, il vient se faire établir son certificat et je suis assez persuasif pour le détourner à mon profit.

Voici l'attestation d'un accidenté de travail :

« Je soussigné certifie avoir été soigné chez moi par les infir- « mières de la Croix-Rouge de la Glacière tous les 2 jours, du 12 « au 20 avril pour accident du travail.

« Le 20 avril,
« Signé : N. A. »

Un autre confrère, le Dr D., fait connaître ce cas typique :

« Un client de la rue de la Maison-Blanche venait à ma con- « sultation se faire soigner d'une bronchite alors qu'il se faisait « soigner un panaris en même temps à la Croix-Rouge. *Laissez- « moi le doigt, je vous passerai le poumon* ! ! — Notre Confrère D. « avait un client de la rue Bobillot, propriétaire, paraît-il, qui al- « lait aussi là-bas et qui lui disait plus tard : Cet hôpital doit « vous faire un tort considérable, on n'y voit que des gens aisés, « pouvant honorer leur médecin. »
« 2e cas : Mme F., brûlée au bras est soignée, pendant un mois « au dispensaire de la Glacière, sans voir le médecin ; un éry- « thème survenant on l'envoie consulter à Broca, c'était une de « mes clientes depuis 10 ans. »

Un autre confrère, le Dr L., signale les deux autres cas suivants :

M. X. marchand de vin, rue...
Une dame de la Croix-Rouge allait à domicile faire des injections de morphine. Sur plainte de ma part, les visites à domicile, et les injections à domicile ont cessé.
M. D. rue...
Soigné à la Croix-Rouge pour accident de travail, mais l'hôpital ne lui avait demandé aucun renseignement au sujet de l'accident. Ayant demandé un certificat il a été envoyé chez un médecin.

***

Et je pourrais, semble-t-il, citer bien d'autres cas à Paris ou en Province, où la *Société de secours aux blessés militaires* a également ses dispensaires, lesquels ne doivent pas faire le bonheur de tous les médecins. A Dijon, par exemple, voici quel a été le bilan du dispensaire de la Croix-Rouge pour 1909 :

5.976 pansements, 212 consultations médicales, 248 consultations pour maladies de la peau, 985 consultations de chirurgie, 66 interventions chirurgicales, dont 32 avec anesthésie à la cocaïne et 28 au thermo-cautère. Quinze dames ont reçu le diplôme d'infirmière. Depuis le commencement de 1910, neuf autres dames ont été admises. (L'assemblée applaudit) (1).

Ainsi donc la *Société de secours aux blessés militaires* soigne indistinctement tous ceux qui se présentent à ses dispensaires ou hôpitaux. Sans doute, on nous met devant les yeux la bannière de la philanthropie. Mais dans une Société bien ordonnée l'exercice de la charité suppose un choix préalable. Si cette vertu théologale se donne à tous sans nécessité, elle n'est plus aussi méritoire et risque de devenir un trompe-l'œil.

Il vaudrait donc mieux déclarer franchement que cette chasse aux malades est dans le but matériel de former des élèves. Ah ! ce diplôme des dames de la Croix-Rouge ! voyez jusqu'à quel point il est fascinateur : ces jours derniers, un de mes amis rentrant à Paris par le rapide de la côte d'azur, remarqua parmi ses compagnons de voyage une dame tout endimanchée, pâle d'émotion, silencieuse, apparemment énervée, haletante par instant avec des mouvements d'impatience contre un rapide qui n'allait pas assez vite. Qu'est-ce qui l'appelait à Paris ? Une fête de famille ? L'arrivée des souverains bulgares ?... Pas du tout. Cette dame dévorait 750 kilomètres pour assister aux examens de sa fille, candidate au diplôme de l'*Union des femmes de France !* CORNET.

MÉDECINE PRATIQUE

Le liquide céphalo-rachidien hémorrhagique ;

Par le Dr FRANCIS.

Lorsqu'on a centrifugé un liquide céphalo-rachidien hémorragique, les hématies forment au fond du tube un culot rouge, et le liquide surnageant a des colorations variables suivant les cas.

Ce liquide est tantôt *clair*, c'est-à-dire identique au liquide céphalo-rachidien normal, tantôt *jaune* gomme gutte ou jaune verdâtre, tantôt rosé ou *rouge* vif.

LIQUIDE CLAIR. — Le liquide céphalo-rachidien obtenu après centrifugation est presque constamment clair quand la ponction est pratiquée dans les premières heures du jour qui suit le traumatisme.

LIQUIDE ROUGE. — C'est là une éventualité peu fréquente.

La coloration rouge est due dans ce cas à la présence d'hémoglobine dans le liquide, comme l'indique l'examen spectroscopique.

La coloration est plus ou moins intense suivant la quantité d'hémoglobine dissoute.

La teinte est à peu près identique à celle obtenue en jetant des hématies dans de l'eau pure, où, par suite de l'hypotonie du milieu, les hématies éclatent et l'hémoglobine est mise en liberté. C'est l'*hémolyse* rouge ou *érythrhémolyse* comme l'a appelée Milian (2).

Il y a encore d'autres différences macroscopiques entre les deux processus : dans l'hémolyse par l'eau pure, la totalité des globules rouges est détruite et il n'en reste pas trace au fond du tube, tandis que dans l'hémolyse intra-arachnoïdienne il reste toujours un culot notable d'hématies.

(1) Compte rendu de l'Assemblée générale, in *Le Bien public*. Dijon, 12 mai 1910.
(2) MILIAN. — Le liquide céphalo-rachidien ; chez Steinheil, page 71.

Cela tient certainement à ce que la cause de l'hémolyse *in vivo* est moins puissante que l'hypotonie de l'eau pure et n'est capable de détruire que les hématies dont la résistance est diminuée.

Avant d'admettre l'érythrhémolyse dans un liquide organique céphalo-rachidien sanglant, il faut se garder d'une cause d'erreur importante, celle de l'*hémolyse in vitro par putréfaction.* Lorsqu'on laisse des globules rouges se déposer au fond d'un tube, dans un liquide organique, céphalo-rachidien ou autre, on voit se produire les phénomènes suivants : peu à peu et plus ou moins rapidement, suivant la température et la qualité des germes de putréfaction, les globules rouges se dissolvent dans le milieu. Cette dissolution se fait lentement, de bas en haut, au contact de la masse cruorique sous forme d'un petit nuage rouge, qui s'élève progressivement dans la masse liquide.

On pourrait, à la rigueur, par cette évolution, reconnaître la nature de l'hémolyse qui se présente, mais il vaut mieux ne pas s'exposer à l'erreur et pour cela examiner le liquide aussitôt après sa récolte, en le centrifugeant immédiatement et non pas en attendant le dépôt spontané des globules. Le laquage constaté dans ces conditions est fatalement un laquage pathologique et non pas un laquage accidentel.

On observe l'érythrhémolyse quand il y a infection du liquide *in vivo* ou tumeur maligne.

LIQUIDE JAUNE OU XANTHOCHROMIE du liquide céphalo-rachidien hémorragique.

Dans l'immense majorité des cas, le liquide qui surnage le culot des globules rouges après centrifugation est de couleur jaune plus ou moins intense, gomme-gutte même. Cet état du liquide céphalo-rachidien s'observe rarement dans les 24 heures qui suivent l'hémorragie. Il est des plus nets au bout de 36 ou 48 heures. *Il persiste longtemps dans le liquide et demeure, alors même que les globules rouges se sont macroscopiquement résorbés.* On observe donc, comme reliquat des hémorragies arachnoïdiennes, un liquide jaune sans dépôt apparent ; c'est cet état que Milian a désigné sous le nom de xanthochromie du liquide céphalo-rachidien.

Le liquide jaune ainsi obtenu ne présente aucune des réactions physiques ou chimiques de l'hémoglobine. Il renferme par contre très ordinairement de l'urobiline et des pigments biliaires, facilement reconnaissables au spectroscope et par les réactions chimiques appropriées. La xanthochromie paraît donc relever, au moins en partie, de la présence de ceux-ci (non de l'urobiline qui n'a aucun pouvoir tinctorial). Dans certains cas cependant, les pigments biliaires font défaut et la xanthochromie existe. Quel est donc ce pigment jaune ? On n'est pas encore très bien fixé sur sa nature. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il a une grande ressemblance avec le pigment du sang décrit sous le nom de lutéine. Il a même teinte, et comme lui il est avide d'oxygène et se décolore à la lumière.

Lorsqu'on examine dans des ponctions successives et à un ou deux jours d'intervalle le liquide hémorragique, on constate que la xanthochromie s'accentue de plus en plus jusqu'à un certain moment, pour décroître ensuite. Cela indique bien qu'il y a une modification locale, progressive, du sang épanché, parallèle aux modifications globulaires, c'est-à-dire une *action hémolytique*

On trouve dans le liquide céphalo-rachidien jaune une grande quantité d'hématies altérées, réduites à leur stroma, ou crénelées et très déformées. On y trouve aussi beaucoup de macrophages, englobant des hématies ou des fragments d'hématies.

Il faut remarquer combien cette « xanthémolyse » est différente de l'érythrhémolyse dont nous parlions précédemment. Le mécanisme en est lui-même très différent. Dans l'hémolyse rouge, c'est l'éclatement brutal des globules rouges qui met en liberté l'hémoglobine en nature. Dans la xanthémolyse, c'est leur altération lente qui met en liberté des dérivés de l'hémoglobine, des pigments biliaires et de l'urobiline en particulier. C'est la « *takhémolyse* » (Milian), opposable à l'hémolyse lente, à la « *bradhémolyse* » (Milian).

Cette bradhémolyse est absolument spéciale aux phénomènes d'ordre biologique. Elle s'observe chaque fois qu'un épanchement sanguin se fait dans l'intimité des tissus vivants quels qu'ils soient. C'est ainsi qu'il faut comprendre la coloration des corps jaunes de l'ovaire, résultant de la réparation des hémorragies intrafolliculaires (Milian). C'est ainsi que se produit la coloration jaune des taches purpuriques ou ecchymotiques à leur période de terminaison. Pour rappeler ces conditions de production, on pourrait l'appeler *histhémolyse*, c'est-à-dire hémolyse produite sous l'influence des tissus (Milian).

CORRESPONDANCE

A propos du formolage des cadavres des hôpitaux.

Monsieur G. MESUREUR, directeur de l'Assistance publique, a bien voulu donner au *Progrès médical* la réponse suivante à un « Bulletin » paru sous forme de lettre ouverte dans notre n° du 11 juin :

Paris, le 21 juin 1910.

A Monsieur le Dr Cornet, secrétaire général du *Progrès médical.*

« Monsieur le Docteur,

« J'ai lu avec un très grand intérêt l'article que vous avez bien « voulu me communiquer de M. le Dr Paul Carnot, médecin des « hôpitaux paru dans le *Progrès médical* du 11 juin courant, sur « la prophylaxie des piqûres anatomiques et le formolage péri- « tonéal des cadavres.

« La question soulevée par M. le Dr Carnot est certainement « intéressante et mérite de retenir l'attention de l'administration « de l'Assistance publique.

« Aussi ai-je décidé que cette question serait mise dès mainte- « nant à l'étude, et je viens de transmettre l'article dont il s'agit « à M. le Docteur Sébileau, directeur des travaux scientifiques à « l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, en le priant de vouloir « bien examiner quelle suite il conviendrait de donner à la de- « mande de M. le Dr Carnot.

« Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma con- « sidération distinguée ».

Le Directeur
de l'Administration Générale de l'Assistance Publique.
Signé : G. MESUREUR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1910.

La vaccination de l'homme contre la fièvre typhoïde. — M. *Vincent*, dans ses recherches expérimentales sur la valeur comparée des divers vaccins antityphiques qui ont été proposés, a constaté que les plus actifs sont, en premier lieu, les bacilles non tués ; en second lieu et à un degré égal, les bacilles tués à 53-55 degrés et les autolysats de bacilles vivants.

Les bacilles vivants sont dangereux, même atténués. Ils risquent en effet de susciter la fièvre typhoïde chez les sujets pré-

disposés, ou, du moins, de créer de véritables porteurs de germes.

Pour cette raison, et après de nombreux essais, l'auteur a proposé l'emploi, comme antigène, d'*autolysats de bacilles vivants*, en eau physiologique, éclaircis par centrifugation et stérilisés par agitation et mélange avec l'éther.

Ce vaccin s'est montré très protecteur chez les animaux. M. V. a employé pour immuniser l'homme un vaccin polyvalent préparé avec huit races de bacilles typhiques et paratyphiques. Ce vaccin a été injecté à treize sujets adultes, sous la peau du flanc; il est très bien toléré et ne détermine qu'une faible douleur locale, sans fièvre. Le nombre des injections est de quatre. Elles sont faites à huit ou dix jours d'intervalle. Le vaccin provoque dans les humeurs des sujets vaccinés la formation en quantité très abondante d'anticorps défensifs.

Tumeurs inflammatoires produites par certains pansements. — MM. ***Reynier*** et ***Masson*** rapportent trois observations montrant comment les filaments de compresses ou d'ouate employés en pansements peuvent s'emboliser et déterminer des tumeurs inflammatoires donnant complètement le change à des récidives ou des néoplasmes. Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin 1910.

Un cas de diabète avec lithiase pancréatique. Présentation de pièces. — MM. Marcel ***Labbé*** et G. ***Vitry*** présentent un pancréas provenant de l'autopsie d'une femme dont ils ont déjà rapporté une partie de l'histoire clinique. Il s'agissait d'une femme de 27 ans chez qui la glycosurie était apparue deux ans auparavant sans cause connue : cette glycosurie avait atteint plus de 200 gr. de sucre par jour, mais elle pouvait être réduite par le régime. Les auteurs ont vu apparaître chez cette malade, postérieurement à cette glycosurie, tous les signes cliniques d'une insuffisance de la sécrétion pancréatique externe : l'examen chimique des matières fécales montrait en particulier que 75 pour 100 des graisses et 50 pour 100 de l'azote ingérés se retrouvaient dans les selles. Le diagnostic clinique d'insuffisance pancréatique a été confirmé par l'autopsie qui a montré, en dehors d'une tuberculose subaiguë généralisée, une lithiase pancréatique très nette : la glande pancréatique était réduite à un cordon fibreux avec de rares acini et le canal de Wirsung rempli de calculs.

Pathogénie de la chorée molle. — M. ***Sergent*** a vu survenir chez un enfant, après quinze jours d'une chorée ordinaire, un ensemble de symptômes : pseudoparalysie, incontinence des urines et des matières, abolition des réflexes, dysenterie, asthénie. Un traitement surrénal (0,20 ctgr. de poudre d'extrait total de Carrion) a fait disparaître cette asthénie et a ramené la chorée à son caractère initial. La guérison est survenue ensuite. Le résultat heureux de l'opothérapie peut expliquer la pathogénie de la chorée molle.

Gastropathie ancienne d'origine spécifique. — M. ***Nathan***. — Une jeune femme de 30 ans souffre depuis plus de 10 ans de troubles gastriques intenses qui rappellent ceux de la gastrite hyperpeptique et provoquent une intolérance presque absolue.

Les traitements les plus divers restent sans effet, jusqu'au jour ou à l'occasion d'une radiculite du bras droit, la malade est soumise au traitement spécifique. La radiculite guérit dès la 18e piqûre, mais déjà à la 8e injection, les phénomènes gastriques disparaissent comme par enchantement ; depuis la digestion est parfaite, les aliments les plus indigestes peuvent être impunément consommés.

Bradycardie avec accidents syncopaux. — MM. ***Vaquez*** et ***Esmein*** rapportent un cas de bradycardie avec syncopes consécutive à une lésion du pneumogastrique. Cette bradycardie n'avait aucun des caractères de la bradycardie par myocardite (faisceau de His). Il manquait la discordance constante et absolue des battements auriculaires et ventriculaires. L'épreuve de l'atropine fut positive, ainsi que celle de l'effort. Il existait une bronchite avec adénopathie trachéobronchique.

M. ***Vaquez*** estime par conséquent que le terme de maladie de Stockes-Adams était mauvais et qu'il fallait adopter celui de syndrome de Stockes-Adams, pouvant reconnaître comme cause une lésion du faisceau de His ou une lésion nerveuse.

M. ***Hirtz*** demande ce que M. Vaquez pensait du pouls lent permanent provoqué par de l'athérome des artères bulbaires et comment il fallait interpréter les faits du pouls lent avec syncopes, qui cessent dans le décubitus dorsal.

Méningite tuberculeuse survenue trois mois après une méningite cérébrospinale guérie. — M. ***Lyon*** rapporte le cas.

Kyste hydatique avec dissociation de la réaction de fixation et de l'éosinophilie. — MM. ***Chauffard et Vincent*** rapportent le cas et constatent que si les recherches de laboratoire peuvent donner une forte présomption pour ou contre l'existence d'un kyste, ils ne sont pas absolument sûrs.

M. ***Legendre*** rapporte un cas d'aphasie traumatique guérie par intervention chirurgicale, deux cas d'endopéricardite rhumatismale traitée par le sérum de Rosenthal avec bon effet sur les complications viscérales, un cas de paludisme congénital.

M. ***Gouget*** a expérimenté ce sérum sans aucun effet appréciable. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1910

Cancer du col et hystérectomie subtotale. — M. ***Tuffier***. — Il ne m'a jamais été possible de voir chez mes opérées un cancer du col survenir consécutivement à une hystérectomie subtotale. Une fois, chez une malade atteinte de fibrome utérin, tumeur que j'avais énucléée, j'ai vu apparaître des hémorragies et se développer un cancer dont les bourgeons faisaient saillie par l'orifice du col. Aussi quelques mois après la première opération, je dus pratiquer l'hystérectomie totale. A l'examen de l'utérus, je vis alors que la muqueuse était toute entière envahie par le néoplasme.

Je suis absolument convaincu de l'existence préalable du cancer cervical lorsqu'on le voit se développer peu de temps après une subtotale. Il n'y a de doute possible que si la dégénérescence apparaît seulement au bout de quelques années.

M. ***Lejars***. — J'avoue avoir été quelque peu surpris par la communication de M. Chaput et surtout par ce fait qu'il semble établir une relation de cause à effet entre l'hystérectomie subtotale et le développement du cancer cervical. M. Richelot avait déjà conseillé de substituer la totale à la subtotale pour prévenir le développement ultérieur possible d'un cancer du col, mais il n'avait pas accusé la subtotale de hâter l'apparition de ce cancer.

Pour ma part, sur le nombre considérable de subtotales que j'ai faites, je n'ai vu que deux fois apparaître chez des malades un cancer du col. L'une était une malade de 43 ans que j'opérai d'un fibrome en mai 1906 et chez laquelle cette année même, c'est-à-dire quatre ans après, s'est développé un cancer cervical. Dans un second cas, le cancer est apparu un an et demi après l'intervention.

Il est bon d'ajouter que je n'ai pas revu toutes mes malades mais il n'en est pas moins vrai qu'on est, me semble-t-il, en droit d'affirmer que cette dégénérescence est rare. Aussi ne suis-je guère tenté d'abandonner la subtotale, qui me paraît plus simple, plus facile et aussi moins offensive que la totale. Il est un cas cependant où celle-ci me paraît devoir être de préférence pratiquée : c'est quand le col est gros, métritique et suspect.

M. ***Riche***. — J'ai pratiqué pour ma part 190 hystérectomies subtotales sans avoir une seule fois vu survenir la dégénérescence cancéreuse du col. Celle-ci me paraît rare et je demeure jusqu'à plus ample informé partisan de l'hystérectomie subtotale.

M. ***Routier***. — Je suis du même avis. Depuis 1886, j'ai pratiqué 939 hystérectomies subtotales et je n'ai jamais vu survenir ultérieurement de cancer du col.

Lorsque le col me semble douteux, je fais l'hystérectomie totale.

Sinon je me contente de la supra-vaginale que je trouve plus

facile et plus simple. Les seuls cancers que j'ai vus survenir chez mes malades ont été un cancer du sein et un cancer du pancréas, apparus quelques années après mon opération.

MM. ***Auvray*** et ***Souligoux*** restent également partisans de la subtotale ; ce dernier a cependant vu un cancer se développer chez une de ses opérées.

L'hystérectomie vagino-sacrée ou hystérectomie vaginale à ciel ouvert. — M. *Chaput*. — L'opération que je propose de vous décrire sous ce nom me paraît unir les avantages de l'hystérectomie sus-pubienne à ceux de l'hystérectomie vaginale, car elle permet d'opérer en voyant ce que l'on fait, tout en étant aussi peu dangereuse que la vaginale.

L'incision part un peu au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure droite, passe à égale distance de l'anus et de l'ischion et aboutit à la grande lèvre droite qu'elle coupe en son milieu. On incise successivement la peau, le tissu sous-cutané, le tissu de la fosse ischio-rectale, le grand fessier, le releveur de l'anus, la vulve et le vagin dans toute sa hauteur. On arrive au péritoine qu'on incise derriere le col utérin, aussi largement que possible. On voit alors très bien, on fait aisément l'hystérectomie et on peut faire toutes les ligatures au catgut.

L'opération faite, on draine le douglas par le vagin et on suture successivement les divers plans.

Cette voie opératoire me semble indiquée pour les malades atteintes de fistules difficilement accessibles, et pour celles qui redoutent les cicatrices abdominales. Le délabrement produit paraît énorme, mais la réparation se fait parfaitement bien. L'ouverture du vagin est indispensable car sans elle on opérerait au fond d'un puits. Le rectum ne peut guère être lésé si l'on a soin de se tenir au milieu de l'anus et de l'ischion. Je l'ai cependant blessé une fois et immédiatement réparé.

M. ***Segond***. — Sans vouloir discuter ici cette nouvelle hystérectomie, je demanderai cependant à M. Chaput quelles lui paraissent être les indications de cette nouvelle opération. Il est certain qu'elle doit donner du jour, mais pas plus que la laparotomie. Bien que la cicatrice en soit moins visible, je ne suis pas si certain qu'elle soit plus facilement acceptée des femmes.

M. ***Guinard***. — Je serai également heureux de voir préciser par M. Chaput les indications de cette opération, car l'hystérectomie sus-pubienne semble donner un jour bien meilleur.

M. ***Michaux***.—L'opération qu'on nous propose me paraît devoir être peut-être indiquée en cas de fistules haut placées et difficilement accessibles. Quant à suivre cette voie pour l'ablation des fibromes, ceci est une autre affaire, et pour ma part je préfère infiniment les interventions habituelles. J'ai moi-même mis en pratique une méthode analogue et dont celle-ci n'est qu'une variante élargie, dans les fistules haut placées.

M. ***Chaput***. — Je considère en effet l'incision vagino-sacrée comme surtout indiquée dans la cure des fistules élevées. Elle rend le drainage facile, ne donne pas de shock et est très indiquée chez les femmes obèses.

Traitement de l'hémophilie par le sérum animal. — ***M. Broca***. Je vous ai présenté, au nom de ***M. Weil*** et au mien, une première communication sur ce sujet. Je désirerais aujourd'hui préciser la technique à suivre pour prévenir ou arrêter les hémorragies des sujets hémophiles à l'aide des injections de sérum d'animal.

Les échecs parfois signalés viennent le plus souvent de ce qu'on a cherché par ce moyen à arrêter des hémorragies chez des sujets non hémophiles, mais atteints d'une affection hémorragipare telle que purpura hémorragique, ou d'une hémorragie isolée de cause quelconque. La preuve clinique (par les antécédents) ou anatomique (par l'examen du sang) de l'hémophilie doit être faite tout d'abord. On sait que la coagulation du sang veineux est toujours retardée dans l'hémophilie et c'est ce retard que corrigent ou atténuent les injections de sérum sanguin. Or dans certains cas de grandes hémorragies, chez des sujets non hémophiles, la coagulation du sang non seulement n'est pas diminuée mais peut même être accrue, et le traitement sérique est alors non seulement inefficace mais peut être même dangereux (dans les fibromes utérins en particulier).

La méthode peut encore échouer chez de vrais hémophiles où l'on a affaire à une plaie ouverte dans laquelle se forme un hématome. Le sang coule ici sous des caillots mous non adhérents. Il faut alors débrider, nettoyer la plaie et enlever tous les caillots avec soin, et appliquer là un pansement au sérum en plus de l'injection de sérum sous-cutanée. Dans 4 cas cette façon d'agir nous a donné des succès.

Chez 4 autres malades suivis pendant 2 à 4 ans, des injections préventives de sérum ont été faites tous les 3 mois. Ces sujets nettement hémophiles ont été transformés. Leurs accidents ont cessé ou diminué de façon très notable. Leur sang coagule en 20 ou 30 minutes au lieu de 3 à 12 heures.

Les hémophiles d'ailleurs font peu d'accidents sériques graves. Mais alors que les uns n'ont jamais d'accidents, d'autres en ont seulement à la première injection et d'autres en ont après chaque nouvelle injection.

J'insiste à nouveau sur l'efficacité de la méthode à laquelle il ne faut pas demander plus qu'elle ne peut donner et qu'il faut réserver aux hémophiles, aux hémorragies dyscrasiques, avec retard de la coagulation.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique. — M. ***Guinard*** présente un rapport sur une observation de M. ***Tanton*** ayant trait à un sujet de 34 ans, ancien syphilitique qui présentait une tumeur avec expansion de la région sternoclaviculaire avec déviation de la trachée et paralysie de la corde vocale. Le traitement spécifique restant sans résultat, M. Tanton pratiqua la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droite. Les douleurs disparurent mais la tumeur grossit et le malade succomba un mois plus tard.

L'autopsie montra un anévrysme du tronc brachiocéphalique.

L'opération avait été suivie de sudation considérable de la face du côté opposé.

Présentation de malades. — M. ***Morestin*** présente :

1° Un malade atteint de constriction des mâchoires d'origine périostique qu'il a traité et guéri par la désinsertion musculaire ;

2° Un malade opéré et guéri d'une syndactilie complète à droite, incomplète à gauche, du médius et de l'annulaire.

CH. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 juin 1910. Présidence de M. CAYLA, vice-président

Des inhalations d'air mercurisé dans le traitement de la syphilis. (Présentation d'appareil). —M. P. ***Menière*** présente un appareil à inhalations d'air mercurisé permettant d'administrer le mercure aux syphilitiques à doses extrêmement précises. L'appareil fonctionne à l'hôpital Ricord dans le service de M. Queyrat depuis 3 mois et les résultats obtenus sont particulièrement encourageants. Si la supériorité de cette méthode au point de vue thérapeutique ne peut pas encore être affirmée, il est certain que l'on se met ainsi à l'abri de tous les inconvénients imputables aux méthodes normales.

Pseudo-appendicite. Obstruction intestinale par calculs biliaires. Lavements électriques. Guérison. — M. E. ***Lacaille*** rapporte deux cas d'obstruction intestinale causée par des calculs biliaires. L'un de ces cas avait donné lieu un mois avant à une erreur de diagnostic en imposant par ses symptômes le diagnostic d'appendicite.

M. ***Klotz*** demande si l'analyse du calcul a été faite.

M. ***Lacaille*** répond que cette analyse n'a pas été faite.

De l'obstruction intestinale et de son traitement par les lavements électriques. Quand doit-on en cesser l'application ? — M. E. ***Lacaille*** démontre par 20 observations réunies en 25 ans de pratique qu'on peut n'avoir de résultat qu'au bout de 5, 6, et même 9 lavements donnés (3 par jour) et que par conséquent, il ne faut pas accepter cette règle « de passer forcément la parole au chirurgien après le troisième lavement sans résultat ». L'auteur dit qu'il faut appeler le chirurgien *dès le début*, parce qu'il doit pouvoir décider à temps du moment opératoire avant que l'état général ne soit mauvais. Le seul guide pour appliquer plus ou moins longtemps ou cesser l'application des lavements électri-

ques doit être l'examen de l'état du malade et non pas le chiffre fatidique de 3 lavements.

M. *Lapointe* reconnaît que le lavement électrique, même répété plus de 3 fois peut être recommandable et efficace à la condition de ne l'appliquer qu'aux occlusions à marche lente, *aux ileus par obturation* (destruction stercorale, sténoses du gros intestin, compressions par tumeur pelvienne) mais il est inutile et dangereux dans les occlusions à marche aiguë, aux *ileus par strangulation*. Dans ces formes, la vitalité de l'intestin étranglé est parfois très vite compromise, et l'excitation de la contractilité intestinale est capable de rompre l'intestin et de provoquer la péritonite.

Il faut donc s'appliquer à distinguer ces deux grandes variétés, essayer le lavement électrique dans la première et s'en abstenir dans la seconde.

M. *de Keating-Hart* confirme pleinement l'expérience de M. E. Lacaille, il a eu l'occasion d'appliquer autrefois bien souvent des lavements électriques à des cas d'obstruction intestinale avec de très heureux résultats et dans beaucoup de cas, ce n'est qu'après le 5e ou 9e lavement que l'effet s'est produit.

M. *Pichevin*.— Il y aurait un danger à laisser croire qu'il faille administrer 6, 8 ou 9 lavements électriques en cas d'obstruction avant de passer la main au chirurgien. Il y a obstruction et obstruction : s'il s'agit d'un cas aigu avec phénomènes graves, vomissements fécaloïdes, rapidité du pouls, diminution considérable des urines, si les accidents vont en s'accentuant, on ne doit pas attendre l'administration de 8 ou 9 lavements ; il est évident que dans des conditions favorables où l'urgence opératoire n'existe pas, on doit continuer le traitement électrique.

M. *Cayla* fait remarquer que le médecin ne peut tirer des renseignements très précis au point de vue thérapeutique, et lorsqu'il se trouve en face d'un cas d'obstruction intestinale grave, il n'a d'autre ressource que de faire appeler simultanément le chirurgien et l'électrothérapeute.

M. *E. Lacaille* répond qu'on ne peut se baser sur la quantité des lavements électriques, mais bien sur l'état général ; il estime avec les auteurs que les lavements électriques peuvent être dangereux dans certains cas.

Fulguration et diathermie (électro-coagulation) — M *de Keating-Hart*, d'une étude comparée des effets de la fulguration et de ceux de l'électro-coagulation sur le cancer, conclut que l'électrocoagulation constitue une chirurgie aveugle, insuffisante et dangereuse par l'excitation qu'elle détermine dans les germes profonds. Quant à la fulguration, ses succès seraient dus à une modification du trophisme local, conséquence d'une réaction lointaine de l'étincelle sur la moelle épinière.

Traitement de l'hémophilie, de l'albuminurie et de la glycosurie par la voie gastrique. — M. *André Lombard*, reprenant une étude antérieure faite avec le Dr M. Laffont, pense que l'hémophilie, l'albuminurie et la glycosurie relèvent dans quelques cas d'une origine identique : dans une modification de la plasticité du sang ; aussi opposent-ils à ces symptômes une thérapeutique identique : la gélatine absorbée par la voie gastrique.

Sans en vouloir faire le seul traitement de ces symptômes, et se dispenser de leur trouver une autre origine qu'une altération du sang, il a obtenu avec la gélatine des résultats encourageants.

De l'emploi de la thiosinamine dans le traitement de la cataracte sénile. — M. *Schoull* a traité deux malades atteintes de cataracte par les injections intra-musculaires fessières, à raison de vingt centigrammes de thiosinamine tous les deux jours. Les résultats obtenus étant encourageants, il invite ses collègues à en faire l'essai.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 16 juin 1910.

Rôle du médecin dans les établissements pénitenciers. — M. *Boigey*, dans une importante communication étayée sur des faits personnels, démontre que le médecin militaire peut être, auprès des pensionnaires des établissements disciplinaires de l'armée, un agent moralisateur des plus actifs. Sa tâche est d'autant plus méritoire qu'il se heurte à des difficultés très grandes : d'abord il est mal secondé, moralement et matériellement; mais surtout il a affaire à des clients qui, le plus souvent, *ne veulent pas* être améliorés. Malgré tout, avec beaucoup de patience et de ténacité, il peut obtenir un résultat. Malheureusement, l'efficacité de cette cure morale est compromise par ce fait que, rendus à la vie civile, les « joyeux » ou les « zéphirs » sont abandonnés à eux-mêmes, et, presque toujours rentrent dans un milieu social corrompu où ils se perdent à nouveau.

Aussi, l'auteur termine-t-il sa communication par un chaleureux appel aux pouvoirs publics et aux sociétés d'assistance privée ; il leur demande instamment de s'occuper du sort de ces détenus et d'aider à leur relèvement, en leur procurant, à la sortie des établissements pénitentiaires, un abri et des secours en nature et en argent.

Empyème du médiastin antérieur (*Discussion*). — M. *Cochois* a observé un malade qu'il opéra pour un abcès froid présternal. Au cours de son intervention il dut réséquer la presque totalité du sternum, conservant seulement la poignée et l'extrémité de l'os, les 2e, 3e, 4e et 5e articulations chondro-sternales droites et gauches. Il procéda à un curettage du médiastin, en particulier du sac péricardique et termina par un léger attouchement au thermo-cautère. Guérison. La région cicatrisée est souple et donne l'impression d'une large fontanelle sous laquelle on sent battre le cœur.

M. *Moneger* a pratiqué chez une femme la résection de la poignée du sternum et des cartilages des 2 premières côtes droites pour ouvrir un abcès du médiastin survenu à la suite d'une ostéo myélite aiguë de la poignée du sternum. La malade guérit, malgré une congestion pulmonaire grave intermittente.

Syndrome pleuro-pulmonaire gauche et splénique dans le paludisme. — M. *Labougle* a observé de nouveaux cas de ce syndrome qu'il a décrit en 1905. Il est caractérisé par l'évolution d'une pleurésie sèche et de quelques signes de congestion de la base pulmonaire avec localisation gauche, en même temps qu'on observe une poussée d'hypertrophie de la rate. M. Labougle estime qu'il s'agit d'une lésion par propagation d'origine inflammatoire, analogue à celles qu'on observe au cours des hépatites. Le traitement quinique agit sur les deux éléments de ce syndrome, en atténuant les symptômes pleuro-pulmonaires et en diminuant le volume de la rate.

Plaie du rectum par balle de revolver. — M. *Bichelonne* relate l'observation d'un soldat frappé accidentellement par une balle de revolver. Le projectile pénétra au niveau des parties génitales, près de la base de la verge, sur le côté droit, à un centimetre en avant du pubis. L'absence d'orifice de sortie indiqua que la balle était restée dans le corps. Or, quelques heures après l'accident, au cours de la défécation, le blessé expulsa, au milieu de matières sanguinolentes, une balle en plomb, d'assez fort calibre, non déformée.

L'examen au spéculum montra que le rectum présentait, sur sa paroi antérieure, à 6 cm. au-dessus de l'orifice anal, une petite plaie, avec boursouflement de la muqueuse. La guérison se fit sans complications et ne nécessita aucune intervention.

Abcès rétrorénal et pleurésie purulente à tétragènes. — M. *Lheureux*. — Il s'agit d'un malade à qui on pratiqua une pleurotomie à la suite d'une pleurésie, d'abord séro fibrineuse, puis purulente. L'opération pratiquée au niveau du 8e espace intercostal donna issue à un litre de pus environ, contenant du tétragène et du staphylocoque. Elle fut suivie d'une amélioration notable ; mais, brusquement, l'état s'aggrava à nouveau et le malade succomba rapidement. A l'autopsie, il trouva un abcès pleural méconnu non ouvert, dont la culture donna du tétragène. Quant à l'abcès qui avait été ouvert, c'était une poche rétrorénale, dans laquelle le drain plongeait encore. Les deux abcès étaient complètement indépendants. H. BILLET.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 20 juin 1910. — Présidence de M. RITTI.

Les psychoses familiales, Présentation de malades. — MM. *Vigouroux* et *Trénel* présentent un frère et une sœur. Le frère,

âgé de 18 ans, est actuellement guéri d'un accès de délire polymorphe qui a duré six mois. Successivement, il a été énervé, a vu disparaître ses sentiments affectifs, a été mélancolique, hypocondriaque et excité maniaque, confus ; toujours ces états morbides ont été superficiels. Il se rend compte du caractère pathologique des troubles qu'il a présentés.

La sœur, âgée de 40 ans, a toujours été déséquilibrée. Partie à 25 ans en Russie institutrice, elle paraît y avoir changé sans cesse de places.

En 1905, elle a commencé à poursuivre un médecin et un prêtre de lettres d'amour, puis s'est crue persécutée par eux. En raison de ses réactions, elle fût envoyée en France et immédiatement internée. Elle est dans un état hallucinatoire avec réactions violentes, excitabilité. L'intelligence paraît en voie d'affaiblissement. On pourrait diagnostiquer soit démence vésanique, soit démence paranoïde, quoiqu'il soit difficile d'apprécier la mesure de cet affaiblissement.

MM. ***Vigouroux*** et ***Truelle*** montrent la mère et le fils atteints tous les deux de troubles mentaux.

La mère est internée depuis 6 ans et est entrée rapidement dans un état de stupeur profonde catatonique avec courts accès d'excitation réactionnelle. Le fils, âgé de 18 ans, après avoir présenté des impulsions et de la stupeur catatonique, présente actuellement de l'excitation hébéphrénique. C'est un dément précoce hébéphréno-catatonique.

Deux cas de stupeur. Présentation de malades. — M. ***Truelle*** présente deux malades, dont l'une, la première, est une femme de 45 ans, à hérédité chargée, internée depuis 6 ans ; après une phase de délire confus avec hallucinations multiples pénibles, elle est rentrée rapidement dans un état de stupeur profonde qui dure depuis plus de 5 ans. Au début, périodes courtes d'excitation réactionnelle n'apparaissant plus maintenant que très rarement, occasionnellement et pour un temps très court.

La seconde est une femme de 61 ans, internée depuis 8 ans, qui, après un délire non systématisé avec hallucinations, idées mélancoliques et de persécution, est depuis 4 ans dans la stupeur.

Doit-on ranger le premier cas dans la démence précoce (forme catatonique), le second dans la mélancolie vraie ou la folie maniaque dépressive ?

Les habitués des asiles (Présentation de malades). — M. ***Colin*** présente trois malades qui rentrent dans la catégorie des débiles moraux habitués des asiles.

La caractéristique de ces malades réside dans la multiplicité des internements et la multiplicité des condamnations.

Ces individus se ressemblent par les moyens employés pour le placement, par leur façon de réagir, soit au dehors, soit à l'asile, par leur tendance aux actes violents et à l'insubordination.

Le nombre de ces habitués des asiles et des prisons n'est pas très élevé (200 environ pour le département de la Seine), chiffre insignifiant si on le compare à celui des délinquants ordinaires que renferme une grande ville comme Paris et qui montre bien la différence qui existe entre ces deux catégories d'individus.

Syphilis héréditaire ou acquise (Présentation de malades). — M. ***Bonnet*** montre une malade qui présente le tableau clinique de la syphilis héréditaire tardive puisque les premiers signes n'ont fait leur apparition qu'à 7 ans. Le siège spécial et la multiplicité des lésions appartiennent en propre à l'hérédo-syphilis et cependant, d'après l'histoire de la maladie, l'intégrité de sa famille, on peut légitimement envisager la possibilité d'une syphilis acquise dans le jeune âge.

Un cas d'application difficile de la loi de 1838. (Présentation de malade). — M. *Bonnet* montre une malade interdite, non guérie, mais qui ne présente plus qu'un léger degré d'affaiblissement des facultés intellectuelles et qui pourrait être mise en liberté sous réserve d'assistance et de surveillance au dehors, mais, d'après l'article 17 de la loi : « En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur », elle ne peut être mise en liberté, car le tuteur s'y oppose et ne veut pas retirer sa pupille que si la guérison est déclarée.

La loi de 1838 est trop une loi de défense sociale et ne tient pas suffisamment compte des intérêts individuels de l'aliéné.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du jeudi 16 juin 1910. — Présidence de M. Bonnefoy.

Radiographie du système urinaire. — M. ***J. Belot*** montre toute une série de radiographies rapides des régions rénales, urétérales et vésicales obtenues en apnée à l'aide des dispositifs qu'il a imaginés.

La radiographie peut montrer non seulement les calculs du rein, mais souvent aussi les contours de l'organe et de ce fait, sa position et son volume relatif.

L'uretère est exceptionnellement visible, mais les calculs de cet organe sont facilement décelés. Enfin, l'auteur insiste sur la difficulté que présente l'interprétation des images de la région vésicale à cause des concrétions calcaires phlébolites ou scybales qui peuvent simuler à s'y méprendre des calculs vésicaux.

La technique qu'il utilise a pour principe de faire des épreuves très limitées avec cylindre compresseur : une pour le rein, une pour l'uretère supérieur, une pour la partie inférieure de cet organe et une pour la région vésicale.

M. ***Chabry*** présente un cas de *chéloïde cicatricielle* traitée par l'étincelle de haute fréquence. Il s'agissait d'une lésion très étendue et très épaisse siégeant à la partie inférieure de la joue et sur le cou. Des séances répétées consistant en applications courtes de grosses étincelles chaudes de H. F. amenèrent non seulement l'affaissement total de la tumeur, mais la production d'une peau de coloration et de souplesse normales.

M. ***Belot*** dit qu'il a l'expérience du traitement des chéloïdes ; il emploie les rayons X, mais ceux-ci ne produisent parfois plus d'effet après avoir donné une grosse amélioration. Aussi préfère-t-il faire l'extirpation chirurgicale complète et procéder en suite à la radiothérapie. Il cite le cas d'une chéloïde récidivée 2 fois après opération chirurgicale et qui la 3e fois fut guérie par l'extirpation associée aux rayons. Devant le résultat si complet présenté par M. Chabry, il se propose d'essayer désormais l'étincelle.

M. ***Laquerrière*** a présenté autrefois à la Société une chéloïde affreuse guérie par la radiothérapie : il se défie un peu de l'étincelle parce que dans un cas il a vu une petite chéloïde succéder à la brûlure résultant d'une étincelle.

M. ***Foulquier*** présente deux observations avec photographies d'épithélioma de la face guéri par la *radiothérapie intensive*. Le premier siégeait au nez. Depuis 5 ans, malgré divers traitements classiques (caustiques, etc.) et malgré un traitement radiothérapique ordinaire, la lésion avait gagné en largeur et en profondeur, il existait un ganglion. La radiothérapie pratiquée à haute dose amena un érythème qui détermina en 7 mois une guérison qui se maintient depuis 1 an. Le 2e siégeait à la joue depuis deux ans, il déterminait l'oblitération de l'œil et s'accompagnait d'une adénopathie considérable. La plus grosse partie des ganglions fut extirpée, mais on ne put faire l'ablation complète, aussi pratiqua-t-on des irradiations sur la région opérée. D'autre part, on fit la radiothérapie intensive sur l'épithélioma qui fut complètement guéri en 11 séances.

Le Secrétaire général,
Dr A. Laquerrière.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 24 juin 1910.

De l'étranglement herniaire chez le nourrisson. — M. ***Bonamy*** a opéré 8 cas d'étranglement herniaire chez le nourrisson et a sauvé ses petits malades. Il s'élève contre le taxis et opère sous chloroforme, se contentant de faire une kélotomie sans chercher à obtenir coûte que coûte une cure radicale.

Traitement des rétrodéviations utérines. — M. ***Reblaud*** fait une communication sur certains points controversés de la rétrodéviation utérine mobile Contrairement à l'opinion dont certains gynécologues allemands se sont faits les champions, il cherche à établir que la rétrodéviation utérine est une entité pathologique, donnant lieu à certains symptômes déterminés qui disparaissent quand l'utérus est redressé et qu'elle doit être traitée. Il discute ensuite l'emploi des pessaires dans cette affection et ter-

mine par le traitement opératoire. Il se prononce pour l'opération d'Alexander exécutée avec ouverture systématique du cône péritonéal accompagnant le ligament rond, opération qu'il a pratiquée un certain nombre de fois avec des résultats définitifs très satisfaisants.

Pyonéphrose tuberculeuse fermée ayant simulé une hydronéphrose. — M. ***Genouville*** présente une pyonéphrose tuberculeuse complètement et précocement fermée qu'il a enlevée il y a deux jours chez une malade qui présentait, avec un état général excellent, des urines limpides, sans aucun phénomène vésical, et un gros rein droit mobile pour lequel elle avait essayé sans succès, depuis 18 mois, de porter une ceinture. L'uretère droit était invisible au cystoscope et le diagnostic d'hydronéphrose, avec malformation de l'uretère avait été porté, la tuberculose n'étant pas possible à soupçonner.

Présentations. — M. ***Monnier*** présente une jeune fille de 15 ans qui entra dans son service pour une fistule mentonnière symptomatique, d'après l'examen au stylet, d'une carie de la seconde incisive gauche. Dans une première opération, avec anesthésie cocaïnique, il enleva la dent, réséqua de suite la racine et la réimplanta après curettage du trajet. La dent reprit, bien qu'il fallut, 3 semaines après, réséquer le trajet fistuleux et traiter par la teinture d'iode un petit foyer de gingivite. Actuellement la dent est toujours très solide et le trajet fermé; la greffe dentaire remonte au 20 avril dernier. M. Monnier a opéré et guéri de même, une jeune femme en 1884.

M. ***Lœwy*** a fait en une séance une ovariotomie et salpingectomie droite, une ligamentopexie rétro-utérine, une appendicectomie et une double périnéorraphie. Suites normales.

M. ***Paul Delbet*** présente un calcul de l'uretère qu'il a dû extraire par urétrotomie externe et qui est remarquable par ses dimensions assez grandes, l'âge du malade 61 ans et la durée de son séjour dans l'uretère 3 ans environ. AL. HUGUIER.

ANALYSES

Cure d'avoine dans le diabète sucré; par le Dr LAMPÉ. (*Zeitschr. f. phys. et dietat. Thérap.*, 1er juillet 1909.)

Von Voorden a montré l'influence très favorable qu'avait l'alimentation par l'avoine, non seulement sur la glycosurie, mais aussi sur l'acétonurie et l'azoturie. Il prescrit par jour 250 gr. de farine d'avoine, 100 gr. d'une albumine végétale (glidine) et 300 gr. de beurre. On fait bouillir la farine d'avoine additionnée de 12 gr. de sel pendant 3 heures, dans 3 litres d'eau, on ajoute 200 gr. de glidine délayée dans 100 gr. d'eau et on divise en 8 portions; avant de servir on ajoute 40 gr. de beurre dans chaque portion et on en donne une portion toutes les deux heures. Le vin, un peu d'alcool, le thé et le café noir sont permis, la viande et d'autres hydrates de carbone sont défendus.

Lampé a employé cette cure chez 310 malades dont l'âge varie entre 10 et 70 ans, au point de vue du résultat il divise ces cas en quatre groupes :

1er *groupe*. — La cure d'avoine influence favorablement la glycosurie et l'acétonurie il comprend les cas très graves, où le résultat n'est que passager, excellent il est vrai, avec relèvement des forces et de l'état général et prolongation de la vie.

On peut ranger dans cette catégorie les cas graves, où la cure donne des résultats durables, obtenus à chaque cure pendant des années, sans diminution de la tolérance avec relevement très favorable de l'état général. La tolérance devient même meilleure d'une façon durable.

2e *groupe*. — La cure améliore la glycosurie mais augmente l'acétonurie. Ces cas sont très graves et l'acétonurie est peut-être à mettre sur le compte des graisses ingérées.

IIIe Groupe. — La cure augmente la glycosurie, diminue l'acétonurie. Ces cas sont ceux où une alimentation hydrocarbonée ordinaire produit le même résultat.

IVe Groupe. — Ni la glycosurie, ni l'acétonurie ne sont améliorées, que l'on emploie l'avoine ou d'autres hydrates.

Dans 76 cas l'auteur a observé un phénomène particulier l'œdème d'avoine par rétention d'eau dans les tissus et augmentation de poids de 2 à 3 kilos. Cet œdème débute aux paupières, pour apparaître ensuite aux chevilles, aux jambes et à l'abdomen. Il disparaît spontanément après la cure et plus rapidement lorsqu'on donne un diurétique (theocine 1 gr. par jour).

Il était intéressant de savoir si on devait ajouter à l'avoine et au beurre une albumine végétale ou animale ou s'il fallait donner l'avoine sans additions. Les expériences sur 79 cas montrent que la nature de l'albuminurie importait peu; il vaut mieux cependant de ne pas donner d'albumines lorsque la diète qui précédait la cure en avait contenu beaucoup. Comme albuminurie végétale on peut avec avantage ajouter la glidine.

Un point curieux observé dans toutes les cures d'avoine : l'élimination d'azote diminue énormément, il y a donc dépôt d'albumine dans l'organisme. Les diabétiques, qui assimilent les hydrates, paraissent par conséquent assimiler facilement et avidement les albumines, surtout si ces albumines sont d'origine végétale et si l'organisme se trouve en dénutrition.

L'élimination de l'urée diminue en général pendant les jours de la cure, excepté dans les cas très graves, dans lesquels il y a évidemment une forte destruction de nucléines.

Des expériences comparatives, il résulte que de tous les hydrates l'avoine donne les meilleurs résultats; viennent ensuite, par ordre de tolérance l'orge, le riz, la pomme de terre. L'avoine est donc le mieux toléré des hydrates de carbone; elle influence le plus favorablement l'acétonurie et, ajoutée à la diète ordinaire sévère, elle s'assimile le plus facilement. Dans la majorité des cas de diabète grave on arrive à bout de l'acétonurie, on relève les forces et l'état général du malade, on peut éviter le coma imminent et cela surtout dans le jeune âge. La glycosurie disparaît par une cure, dans les cas où la diète la plus sévère ne pouvait amener le résultat, et ce résultat est durable par des cures répétées suivies d'une alimentation végétale.

Quelles sont les indications de la cure d'avoine ?

En premier lieu, ce sont les cas de diabète grave avec glycosurie et acétonurie élevées. Une cure de 3 ou 4 jours diminue presque toujours le sucre et l'acétone. Quelquefois il faut la répéter plusieurs fois pour obtenir ce résultat.

En second lieu, on aura recours à l'avoine lorsque une diète très sévère et le régime exclusivement végétarien diminuent la glycosurie sans la faire disparaître. La cure donnera le résultat complet.

Enfin on pourra intercaler une cure de 2 jours tous les quinze jours chez certains diabétiques chez lesquels le régime des albumines est bien toléré, mais où il faut une diète très sévère et très prolongée pour augmenter la tolérance vis-à-vis des hydrates.

Une cure bien instituée et intercalée au moment décisif donnera toujours de bons résultats. Pour savoir combien de cures il faut faire, il est nécessaire de s'inspirer des effets obtenus et à obtenir.

Comment expliquer les bons résultats ? Naunyn et Lipetz expliquaient la bonne assimilation de la fécule d'avoine par les fermentations énormes qu'elle subit dans l'intestin. Mais ces fermentations amèneraient forcément des troubles intestinaux, ce qui est exceptionnel, et l'acétonurie ne diminuerait pas, si la fermentation se faisait déjà dans l'intestin. L'auteur croit plutôt que le diabétique n'a pas encore perdu la faculté de transformer l'amidon d'avoine en glycogène et que la molécule de la fécule d'avoine est mieux et plus facilement élaborée par les cellules que la molécule des autres féculents. FRIEDEL

BIBLIOGRAPHIE

Le liquide céphalo-rachidien et le diagnostic par la ponction lombaire; par J. ANGLADA. (Thèse de Montpellier, 1909, 480 pages chez Baillière, rue Hautefeuille, Paris).

Travail extrêmement complet, des plus intéressants, mettant au point les données acquises depuis plusieurs années sur le liquide céphalo-rachidien, et les éléments qu'on peut en tirer au point de vue du diagnostic.

L'auteur étudie ce liquide dans toutes les affections aiguës où chroniques où il présente des modifications pathologiques, et s'efforce d'établir une formule habituelle à toute réaction méningée. Il l'envisage tour à tour aux points de vue physique, chimique, biologique, cytologique, bactériologique, et montre qu'en maintes circonstances le laboratoire constitue une aide puissante à la clinique, sans que toutefois celle-ci perde ses droits.

Cette thèse est destinée à faire époque dans une question aussi vaste, aussi complexe. Elle fourmille de documents importants auxquels le clinicien, le thérapeute, etc., se reporteront avec le plus grand fruit. C. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le syndrome de paralysie générale dans la pachyméningite cérébrale ;

Par F. TISSOT,
Médecin de l'Asile d'Amiens.

On sait quelles difficultés présente le diagnostic de pachyméningite cérébrale hypertrophique en dehors des cas typiques, bien rares, qui répondent aux descriptions classiques ; ces difficultés sont encore accrues lorsque la pachyméningite emprunte le masque d'une affection organique du cerveau qu'elle arrive à simuler de plus ou moins près, si bien que le plus souvent alors la nature de la lésion reste ignorée jusqu'à l'autopsie.

D'après l'inventaire bibliographique, c'est avec la paralysie générale qu'on la confondrait le plus facilement en raison du déficit intellectuel et des signes physiques qu'elle peut comporter.

Cette question des rapports de la pachyméningite avec la paralysie générale est assez intéressante et peu étudiée pour que nous y apportions un document de nature à en autoriser une interprétation un peu neuve en même temps que plus conforme aux idées générales actuelles.

Observation. — Syndrome de paralysie générale. — A l'autopsie : pachyméningite hémorragique interne avec leptoméningite (panméningite), atrophie cérébrale ; lésions histologiques de méningo-encéphalite diffuse.

T..., Emile, 48 ans, clerc de notaire, entre à l'asile de Dury le 3 janvier 1908 avec tous les signes d'une paralysie générale avancée : affaiblissement intellectuel énorme, massif, s'accompagnant d'idées absurdes de richesse et de grandeur ; inégalité pupillaire, grande diminution de la réflectivité des iris, embarras extrême de la parole, qui est lente, tremblée, scandée ; tremblement généralisé (langue, lèvres, membres), secousses fasciculaires dans les muscles de la face ; abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Gâteux depuis quelque temps déjà, le malade est confiné au lit et son état s'aggrave progressivement ; la marche est impossible en raison de la maladresse des mouvements, de la raideur en extension des jambes ; en même temps raideur très accusée de la nuque et du tronc, d'où une attitude soudée et une grande difficulté à asseoir le malade. Ne pouvant que difficilement fléchir les cuisses sur le bassin, celui-ci rejette le corps en arrière et est incapable de se tenir debout. Etat presque continu d'excitation et d'agitation sur place : marmottage, fredonnements, mâchonnement, instabilité dynamique, insomnie, accès d'agitation plus intense. Mort misérable dans la déchéance au cours du neuvième mois de séjour. L'affection avait débuté environ un an avant l'internement par de l'affaiblissement intellectuel et des troubles physiques qu'avaient notablement aggravés deux ictus apoplectiques. Le malade était alcoolique et probablement syphilitique.

Autopsie.— Dure-mère d'apparence extérieure normale ; à sa face interne apparaît une couche épaisse d'un tissu mou, infiltré d'œdème gélatineux, analogue à de l'œdème muqueux, recouvrant la convexité des deux hémisphères, passant de l'un à l'autre en contournant la grande faulx, se perdant graduellement sur les faces latérales et postérieure du cerveau. Au-dessous de cette gangue, et non adhérente à elle, la pie-mère était aussi infiltrée d'œdème, présentait de la leptoméningite et, çà et là, des suffusions sanguines. Pas d'adhérences de cette méninge au cortex ; les circonvolutions sont très atrophiées, les ventricules dilatés.

La néo-membrane est très développée, atteignant en certains points une épaisseur de 4 millim. ; on y constate une prolifération intense du tissu conjonctif sous la forme de strates successifs plus ou moins confondus, à l'intérieur duquel les vaisseaux sont en voie de formation ; des infiltrations sanguines, des nappes hémorragiques, dissocient par endroits les feuillets accolés ; une diapédèse active infiltre les tissus nouveaux ; les parois vasculaires montrent des lésions inflammatoires. Les méninges molles et les espaces sous-arachnoïdiens sont également le siège d'une inflammation manifeste (prolifération conjonctive, extrême abondance de petites cellules rondes). Par places, dans l'espace sous-arachnoïdien, on note, au milieu d'abondants éléments jeunes rappelant l'aspect d'un véritable abcès, l'existence d'une masse arrondie à l'intérieur de laquelle se dessine un fin réticulum et qui semblerait bien être une petite gomme syphilitique. La substance cérébrale sous-jacente présente la signature d'une inflammation intense : vaisseaux gorgés de sang, aux parois infiltrées d'éléments ronds, néoformation capillaire, infiltration embryonnaire ; les cellules nerveuses ont en grande partie disparu, celles qui subsistent sont visiblement altérées, atrophiées, comme sous l'action d'un processus encéphalitique violent (1).

Donc, comme il arrive souvent, en l'absence de signes suffisants, le diagnostic de pachyméningite n'avait pas été porté pendant la vie et l'on s'en était tenu à celui de paralysie générale ; tout au plus pouvait-on soupçonner qu'il existât autre chose en constatant certaines particularités atypiques du syndrome observé. Les contractures, en effet, ne font pas partie du domaine ordinaire de la paralysie générale, et cependant des phénomènes spasmodiques n'y sont pas rares ; Hermann, entre autres, y a décrit des contractures avec amyotrophie. Les ictus sont trop fréquents dans la paralysie générale authentique pour fournir ici un élément de discussion, d'autant que chez T... ils n'avaient été suivis d'aucun signe de localisation capable d'éveiller l'attention de l'observateur. Et même alors celui-ci n'aurait pu valablement se décider en faveur de la pachyméningite, des phénomènes de déficit ou d'irritation corticale se montrant chez certains paralytiques. Encore moins trouvait-on ici la tendance irrésistible, signalée dans quelques observations, à courir dans une direction déterminée, non plus que cette somnolence spéciale désignée sous le nom de coma vigil. Toutefois T... manifestait un état continu d'excitation cérébrale, d'éréthisme moteur qu'on se représente assez bien (mais après coup) comme lié à une irritation périencéphalique étendue et intensive.

Voilà donc une pachyméningite qui a pris le masque clinique de la paralysie générale sans que des signes assez caractéristiques aient permis de soupçonner l'importante lésion méningée trouvée à l'autopsie. Sans être fréquents, de tels faits ne sont pas très rares, des exemples en ont été publiés, mais leur interprétation est sujette à discussion et peut-être même à réforme.

Quand on dit qu'une pachyméningite a « simulé » la paralysie générale, cela implique que dans le cas examiné il n'y avait pas de lésions de paralysie générale, ce qui peut être exact suivant l'opinion que l'on se fait de cette dernière affection ; mais il ne faudrait pas croire que l'inflammation chronique de la dure-mère puisse évoluer

(1) Les préparations histologiques ont été contrôlées par notre distingué collègue et ami le Dr Vurpas, médecin de Bicêtre, dont la compétence est bien connue.

sans altération, contemporaine ou consécutive, de la méninge molle et du cerveau. Toutes les fois en effet que l'examen histologique a été pratiqué dans les cas de pachyméningite cérébrale, on a trouvé de la leptoméningite, de l'endartérite chronique diffuse, de l'atrophie cérébrale (Bondurant, Boissier).

Et d'ailleurs comment concevoir qu'une inflammation tant soit peu durable restera localisée à l'un des deux étages de méninges ? L'espace arachnoïdien, tout virtuel, n'est vraisemblablement pas une barrière suffisante à une propagation de l'un à l'autre. De plus la constitution anatomique, les rapports intimes des méninges, ne leur permettent pas de vivre et de réagir dans une complète indépendance réciproque ; au double point de vue physiologique et pathologique, elles sont tenues dans une certaine solidarité. La division classique en lepto et pachyméningite, selon que l'inflammation est prétendue localisée ou prédomine apparemment sur l'une ou sur l'autre doit être considérée comme un artifice didactique, non comme l'expression exacte de la réalité.

Inversement, la démonstration ne serait peut-être pas difficile à faire d'une réaction plus ou moins accusée de la dure-mère aux processus phlegmasiques qui passent pour n'intéresser que la pie-mère et ses dépendances : quand on y prête attention, ne la trouve-t-on pas diversement altérée, dystrophiée, atrophiée ? Sans doute le microscope porterait utilement ses investigations de ce côté.

Il reste du moins qu'en fait la pachyméningite cérébrale hypertrophique s'accompagne généralement de lésions plus ou moins complètes et avancées de méningo-encéphalite, l'observation de T... est à ce point de vue très probante. Et alors une question se pose : celle de savoir par quel étage le processus a commencé d'établir la chronologie des lésions. La solution du problème n'apparaît pas simple. Que la pachyméningite puisse compliquer une affection organique du cerveau, la paralysie générale en particulier, c'est possible, cela pourrait se déduire hypothétiquement de l'évolution clinique, de l'état des lésions, de leur âge respectif présumé, cela a paru vraisemblable à certains auteurs, et les traités mentionnent la fréquence de cette maladie chez les aliénés, avec prédilection chez les déments et les paralytiques généraux ; mais il faut bien dire que cette opinion manque de démonstration, c'est une hypothèse. De même il sera généralement tout aussi difficile de dire si la pachyméningite est primitive.

A en être réduit là, n'est-il pas plus simple et tout aussi rationnel de supposer que l'inflammation a pu frapper toutes les méninges en même temps, réalisant ce qu'on pourrait appeler avec juste raison une panméningite ! Cette hypothèse a le mérite d'être conforme à la conception rappelée plus haut des méninges formant un tout, un bloc, au triple point de vue anatomique, physiologique et morbide ; en outre de satisfaire l'esprit, elle pourrait expliquer, mieux que toute autre, l'existence du syndrome paralysie générale par pachyméningite, puisque elle a pour base le fait réel, constaté, de la coexistence de lésions diffuses sur la pie-mère et l'écorce.

Il faut savoir que cette notion de la diffusion des lésions est un dogme qui domine les idées actuelles sur la paralysie générale : il est possible qu'il existe une paralysie générale, entité morbide bien définie cliniquement, produite par des lésions sinon spécifiques du moins constantes ; mais il est certain qu'à côté d'elle existe un syndrome qui en rappelle plus ou moins fidèlement les traits suivant les cas et qui répond à des affections très diverses du cerveau et de ses enveloppes sous la condition nécessaire et suffisante que les lésions soient diffuses, généralisées, bilatérales. Le tableau clinique de paralysie générale se trouve être ainsi fonction non de la nature des lésions, mais de leur mode de répartition. On conçoit dès lors que la cause en reste parfois méconnue, insoupçonnée jusqu'à l'autopsie, qui découvre que le cerveau est envahi, par exemple, par des kystes hydatiques (Briand), par des gommes syphilitiques (Vurpas et Marchand, nous-même). C'est également à la diffusion des lésions que Bourdiu attribue le syndrome observé par lui dans un cas de pachyméningite ignorée, où il prétend à l'absence d'altérations de la pie-mère et du cortex mais où l'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Avec cette manière de voir on ne doit plus alléguer l'erreur de diagnostic quand, ayant constaté cliniquement la paralysie générale, on tombe sur une pachyméningite ; il n'est plus juste de dire que celle-ci a simulé celle-là : en réalité, la paralysie générale, ou plutôt son syndrome, existe et il a sa justification anatomique dans des lésions diffuses de panméningite. Au surplus ces lésions dans les méninges molles ne diffèrent pas essentiellement de celles que les classiques décrivent à la paralysie générale maladie ; dans notre cas, à l'intensité près, elles sont singulièrement approchantes : diminution numérique, altérations qualitatives des cellules nerveuses, multiplication (apparente ou réelle, la question n'est pas résolue) des capillaires, infiltration embryonnaire de la gaine des vaisseaux et des tractus conjonctifs pio-arachnoïdiens, en définitive une méningo-encéphalite diffuse semblable à celle d'une paralysie générale authentique, ici accompagnée d'une pachyméningite hémorragique.

Là, comme ailleurs en pathologie, les limites de certains groupes de maladies ne sont pas si tranchées, car de temps à autre on découvre des cas intermédiaires, véritables ponts de passage d'une entité à une autre. Et ce résultat est logique, car le même organe n'a pas plusieurs façons de réagir ni fonctionnellement ni anatomiquement ; à l'inflammation l'encéphale répondra d'une d'une manière univoque, c'est pourquoi la caractéristique histologique y manque si souvent.

Ainsi l'analyse des faits conduit naturellement à la synthèse quant à leur interprétation, pour la plus grande clarté de la clinique générale.

Variations des fonctions intestinales dans les cures alcalines suivant le mode d'administration des eaux ;

Par le Dr Gaston PARTURIER,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à Vichy,

Nombreuses sont les eaux minérales qui par leur teneur en bicarbonate de soude ou de chaux peuvent être dites « alcalines ».

Mais nous limiterons notre étude à celles dont les alcalins représentent l'élément minéralisateur et thérapeutique nettement prépondérant, en y joignant pourtant certaines autres que la tradition clinique rend inséparables des précédentes.

C'est ainsi que nous envisagerons des types tels que Vichy, Vals, Pougues, pour lesquels les bicarbonates entrent dans de telles proportions que les autres éléments de minéralisation sont pour ainsi négligeables.

C'est ainsi qu'à côté de ces types définis, appartenant tous aux stations françaises, nous plaçons quelques eaux étran-

gères, plus complexes comme minéralisation, mais qui, par leur adaptation clinique, ont l'habitude d'être rapprochées de nos eaux alcalines, telles les eaux de Karlsbad, de Franzensbad, de Neuenahr, etc...

Les cures alcalines ainsi définies s'adressent tout spécialement à trois grandes classes de maladies :

Les maladies de l'estomac ;
Les maladies du foie ;
Les maladies de la nutrition,

Et l'on pourrait se demander quel est, dans ces cures, l'intérêt du fonctionnement de l'intestin.

Les stations où l'on s'occupe de l'intestin sont, en effet, bien différentes de celles qui retiennent ici notre attention, que leurs eaux, pauvres en minéralisation, soient riches par leur température et leur état physique, comme Plombières; qu'elles contiennent des chlorures de sodium et du magnésium, comme Châtel-Guyon; ou qu'enfin, par leur proportion en chlorure et leur basse température, elles soient nettement purgatives, comme Homburg et Montecatini.

Mais si, en général, on ne va pas aux cures alcalines *pour* des troubles intestinaux, on y va souvent *avec* des troubles intestinaux. Et il est à peine besoin de rappeler les liens étroits qui unissent la physiologie intestinale à celle de l'estomac, du foie et du pancréas, la *constipation* habituelle des hypopeptiques, des atoniques du foie, des arthritiques, des cholémiques, la diarrhée intestinale ou post-prandiale des hyperpeptiques, des foies excitables, des hypercholiques, des goutteux.

Ces troubles intestinaux s'imposent à l'attention du médecin, non seulement comme un symptôme banal auquel sa persistance seule oblige de mettre un terme, mais encore parce qu'ils deviennent un obstacle sérieux à la cure.

Et ce symptôme doit être envisagé avec d'autant plus de soin que le commun reproche adressé aux cures alcalines est d'augmenter la constipation là où elle existe déjà, et de la créer quand elle n'existait pas encore.

C'est là d'ailleurs une critique assez récente, car les fonctions intestinales dans les cures alcalines nous semblent être en rapport avec les doses d'eau administrées, et ces doses ont varié beaucoup dans l'évolution des stations.

Si nous interrogeons l'histoire des plus anciennes villes d'eaux, nous voyons qu'à une certaine époque la cure par ingestion n'avait pour ainsi dire pas de limite : les malades, par émulation, et dans la foi à l'efficacité plus grande d'un traitement intense, absorbaient des quantités d'eau phénoménales.

Vers le milieu du XVII[e] siècle, quand les curistes de Karlsbad buvaient par jour 50 à 60 verres d'eau du Sprudel, le traitement interne n'était pas beaucoup plus modéré à Vichy, comme d'ailleurs aux autres villes d'eaux d'Europe.

Claude Mareschal, qui écrivait en 1642, reconnaissait que la cure était suffisamment énergique au résultat physiologique suivant :

« Si les malades remarquent qu'ayant rendu les eaux,
« trois ou quatre jours durant, toutes claires comme ils
« les ont bues, sans aucun mélange d'excréments en leurs
« dernières évacuations, ils se peuvent assurer d'avoir
« suffisamment lavé leurs parties pour ce temps-là et les
« peuvent quitter ».

Pour obtenir un pareil effet, les malades prenaient des quantités d'eau extrêmement considérables, que Claude Mareschal lui-même trouve exagérées :

C'est donc superflu et préjudiciable à ceux qui rendent douze verres avec facilité, d'en boire 20, 25 et 50 (ce que j'ai vu, ajoute Claude Mareschal), ainsi qu'il est expédient « aux personnes jeunes et courageuses ».

Douze verres étaient en effet la dose courante, comme le montre une lettre de Madame de Sévigné (16 mai 1676) :

« Je me suis assez bien trouvée de vos Eaux, j'en ai bu
« 12 verres, elle m'ont un peu purgée et c'est tout ce que je
« désire ».

La grande quantité d'eau absorbée produisait donc, comme à Karlsbad à la même époque, un effet laxatif « selles vichyssoises » analogues aux « selles karlsbadoises » (Karlsbad-Stuhl) obtenues par les mêmes moyens et qui sont restées célèbres jusqu'à nos jours.

D'ailleurs la coutume dura longtemps d'après laquelle les médecins prescrivaient ou toléraient chez leurs malades de pareilles doses.

En 1850 encore, Charles Petit, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy, étudiant le mode d'action des eaux minérales de Vichy et leurs applications thérapeutiques, déclarait que ses malades commencent la cure par les doses modérées, dit-il, de 5 à 6 verres par jour. Il ne tarde pas à en ordonner 12 à 15. Il a même pu, chez certains malades, porter cette dose jusqu'à 20 et 25 verres.

Les malades dépassaient encore les prescriptions, et quelques-uns atteignirent le chiffre de 30, 40 et même 50 verres, comme au temps de Mareschal.

A l'époque du Docteur Petit, nous faisait remarquer M. le Docteur Salignat, les verres n'étaient pas gradués, mais d'après les indications de l'auteur il s'agissait de verres contenant au moins 200 gr. Les malades buvaient donc de 3 à 5 litres d'eau de Vichy par jour, certains en prirent jusqu'à 10 litres.

Ces erreurs thérapeutiques entraînèrent ainsi à Karlsbad et à Vichy des débâcles intestinales, mais aussi des accidents graves de congestion et d'hémorragie cérébrale souvent traités, par euphémisme, d'*insolations*.

Elles étaient générales dans les villes d'eaux à cette époque.

A Homburg, à Montecatini, à Châtel-Guyon, de pareils excès furent commis. Chaque année, au début de la belle saison, les paysans descendaient la fraîche vallée du Sardon, buvaient jusqu'à satiété l'eau des sources, et reprenaient vers les hauteurs le chemin de leur village. C'est à cette coutume que Châtel-Guyon gagna sa réputation purgative.

Dans les cures de diurèse enfin, comme à Contrexéville, les doses furent portées à des chiffres d'autant plus remarquables que les eaux y sont froides ; on trouve encore dans les observations de Mamelet (1840) des prescriptions de 20 verres, le verre traditionnel de Contrexéville contient 333 gr. « il est d'un 1/3 de litre », dit Mamelet, p. 23.

On se rend facilement compte que, prises en de telles proportions, les eaux, quelles qu'elles fussent, devaient parcourir le tube intestinal et purger par indigestion, ce qui explique les paroles de Mareschal. On est averti de « la fin de la cure quand on rend les eaux claires comme « on les a bues ».

A cette époque on ne redoutait donc pas la diarrhée qu'on provoquait pour ainsi dire systématiquement, et l'on n'avait pas à se préoccuper de la constipation dont la plus résistante aurait cédé à un moindre balayage. On peut dire que le curiste devait être diarrhéique ou mourir.

En même temps qu'on reconnut les dangers de ces exagérations et que les médecins ramenaient leurs malades à des doses raisonnables, les troubles intestinaux se mo-

✦

difiaient, ou plutôt changeaient de sens : à la diarrhée succédait la constipation.

C'est l'époque où l'eau est administrée à toutes petites doses, 100, 50 grammes, plus ou moins répétées dans le courant de la journée, et les malades, maintenant timides, restent encore, par un excès de prudence, au dessous des prescriptions.

Cette petite quantité d'eau vient baigner la muqueuse gastrique qui l'absorbe en grande partie après l'avoir profondément modifiée.

Ce qui passe dans l'intestin en traverse rapidement la muqueuse pour gagner par la voie du canal thoracique la circulation générale, par la veine porte, la glande hépatique.

Les eaux n'agiront plus sur l'intestin que d'une façon indirecte :

1° Par l'intermédiaire de l'estomac ;

2° Par l'intermédiaire du foie et des fonctions biliaires ;

3° Par l'intermédiaire de l'état général, et si leur action (surtout en ce qui concerne le foie) est sédative, elle se répercutera sur l'intestin sous forme de constipation, si elle est excitante, le flux bilieux passant dans l'intestin entraînera de la diarrhée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Internes de province, Internes de Paris

Tout récemment, un de nos confrères les plus en vue de la grande presse médicale, M. Jayle, rendant compte, de façon fort civile, du 1er *Congrès de l'internat français* tenu à Bordeaux en mai dernier, émettait quelques réserves sur un des vœux votés concernant une Fédération des internes et anciens internes des hôpitaux universitaires de France. « Là surgit une difficulté, disait-il. En l'état actuel des choses, il est impossible de méconnaître que le *titre d'internes des hôpitaux de Paris doit être nettement différencié de tous les autres*. Ce point étant admis en principe, il importe d'obtenir qu'il ne soit jamais perdu de vue, mais ce n'est pas une objection insurmontable. Avec de l'entente et du bon vouloir, la Fédération pourra s'établir sans nuire aux intérêts de personne » (1).

Evidemment, cette opinion, nette et claire, a tout au moins le grand mérite de la franchise. Je me permettrai toutefois, avec la même sincérité, de dire pourquoi, contrairement à elle, le titre d'interne des hôpitaux de Paris *ne peut être*, à mon humble avis, différencié de tous les autres.

Cette opinion parisienne est, en effet, absolument contraire à la vérité historique, à la vérité actuelle, et enfin, au principe même de la Fédération de l'internat français, dont M. Jayle reconnaît pourtant l'indispensable réalisation.

Au point de vue de l'histoire, M. Jayle fait remarquer avec la plus parfaite raison, que l'obligation de passer par l'externat de Paris pour se présenter à l'internat des hôpitaux de cette ville, même quand on a été nommé interne d'une autre ville universitaire, est un restant des us et coutumes de l'ancien régime. Et il cite un règlement de 1767 aux termes duquel « Docteurs et Professeurs des autres Facultés du Royaume, quelque savans qu'ils soient, quand ils veulent venir exercer leurs talens dans la Capitale, sont obligés de se faire recevoir à la Faculté de médecine de Paris. »

Ce que M. Jayle ne sait peut-être pas, c'est que ce règlement n'était point particulier à Paris, mais étendu à toute la France. Et c'est ainsi qu'à Bordeaux, par exemple, nul docteur, fût-il de Montpellier, de Paris, ou d'ailleurs, ne pouvait exercer la médecine dans la ville, s'il n'avait été reçu à l'examen spécial que lui faisait subir à cet effet le collège des médecins bordelais. Cet examen s'appelait, du reste, — ô charmante ironie ! — examen d'agrégation ; et pour être agrégé il fallait : 1° être docteur en médecine ; 2° avoir exercé pendant deux ans au moins dans quelque lieu du ressort du Parlement ; 3° être apostolique, catholique et romain, avoir des mœurs irréprochables ; 4° être admis, après enquête, à se présenter ; 5° subir dans l'espace de deux ans six examens, dont la premier et le dernier avaient lieu à l'Hôtel-de-ville en présence du maire, des jurats et d'un nombreux public. Notons en passant que la première agrégation bordelaise, relevée dans les registres de la jurade, remonte — ça n'est pas d'hier — au 2 juin 1414, et ajoutons que les examens de cette agrégation, tels qu'ils se passaient alors, loin d'avoir des rapports d'analogie avec l'agrégation actuelle, ressemblaient bien davantage au système du privat-docentisme, tel qu'il existe aujourd'hui en Allemagne — ce qui est suffisant pour expliquer l'échec définitif qu'est en train de subir cette institution vénérable.

Concluons, sur ce premier point, que, sous l'ancien régime, Paris, Bordeaux, Montpellier, Toulouse, Lyon, etc., étaient exactement sur le même pied absolu d'égalité, et que, en particulier, les titres de docteur ou de garçon chirurgien interne, obtenus à Paris, ne donnaient aucune espèce de privilège sur les titres identiques accordés dans une autre faculté du bon royaume de France.

Si je considère maintenant l'époque actuelle, j'avoue ne pas être convaincu davantage de la supériorité du titre d'interne des hôpitaux de Paris. J'ai assisté, à plusieurs reprises, durant ce concours d'internat, à la lecture d'un grand nombre de copies et à l'exposé oral de plusieurs séries de candidats ; or, bien que des notes supérieures, et à juste raison, aient été accordées par le jury, je n'ai pas trouvé de différence sensible avec nos concours d'internat de province. Je conviens très volontiers que la plupart des candidats parisiens font montre d'un entraînement meilleur dans l'ensemble et d'une virtuosité oratoire que nous acquérons plus rarement ; mais j'avoue que ces qualités de forme, sans doute fort agréables, ne m'ont point paru revêtir une instruction fondamentale et une solidité de jugement meilleures que partout ailleurs.

Il m'est arrivé plusieurs fois, alors que je n'étais qu'infime interne provincial, d'être reçu dans les salles de garde de Paris, notamment à Bicêtre et à la Charité. J'avoue ingénuement que je ne m'y suis jamais trouvé dépaysé ; je sentais bien, tout au moins à la période des débuts et salutations, sous l'urbanité exquise et la politesse raffinée de nos collègues de Paris, un petit brin de condescendance à mon égard ; mais au bout de quelques minutes, ce sentiment disparaissait, et nous causions bien d'égal

(1) *La Presse Médicale*, 25 mai 1910.

à égal, en camarades de même pays et de même culture.

Je retrouvais une nouvelle preuve de cette complète communauté d'idées, ces temps derniers, quand j'établissais, pour le Congrès de l'internat, la liste des questions susceptibles d'intéresser tous les internes, de quelqu'origine universitaire qu'ils soient. Je fus frappé, en effet, de constater que, partout, aussi bien à Lyon qu'à Paris, à Montpellier qu'à Lille, à Toulouse ou Bordeaux qu'à Nancy, les mêmes sujets étaient soulevés, les mêmes difficultés étaient rencontrées, les mêmes desiderata et vœux étaient demandés et votés.

Pour ces diverses raisons, je me vois forcé de conclure sur ce second point, comme sur le premier, à l'assimilation complète et entière des internes universitaires actuels, quelle que soit leur marque originelle.

Ainsi donc, nous sommes logiquement entraînés à la création d'une fédération de l'internat universitaire français, dans laquelle l'élément parisien ne pourra pas, par principe, comme le demande M. Jayle, être différencié de l'élément provincial. Il est bien entendu que chaque internat universitaire a certaines questions qui lui sont propres et qu'il saura défendre au mieux de ses intérêts locaux ; ce n'est certes pas au moment où la décentralisation apparaît comme fatale, inéluctable, que la province s'étonnerait de voir Paris défendre ses intérêts particuliers : mais ces interêts-là sont ceux de la plus petite province de France — je veux parler de l'Ile de France — ce ne sont pas ceux de l'internat français lui-même, pour la défense duquel, provinciaux de la grande province, c'est-à-dire de la plus grande France, nous demandons chacun à avoir voix égale au chapitre. Car, au-dessus de nos intérêts locaux, il y a, en face d'eux, des intérêts généraux à considérer ; pour les défendre, nous devons, d'où que nous venions, nous unir étroitement, cordialement, fraternellement. Et nous espérons bien que, menacé de plus en plus dans son autoritarisme sectaire et fermé, Paris comprendra que son intérêt n'est pas de rester isolé, en boudant dans son coin, tout seul, comme un enfant gâté ! René CRUCHET.

MÉDECINE PRATIQUE

Posologie des extraits surrénaux et l'adrénaline (1),

Par M. le Dr P. CARNOT.

Les applications thérapeutiques des extraits surrénaux, et, plus particulièrement, de l'adrénaline, dérivent des notions sur leur rôle physiologique et de la connaissance que nous avons maintenant des syndromes d'hypo- et d'hyperfonctionnement des surrénales.

Dans les cas d'hypo-adrénalie, on pourra faire l'essai de la médication opothérapique, en particulier chez les addisoniens, dans certains cas d'insuffisance surrénale plus ou mois aiguë, dans certaines hypotensions.

Dans les cas d'hyperadrénalie, au contraire, on évitera soigneusement les produits opothérapiques dérivés des surrénales, notamment chez les athéromateux, les brightiques, etc.

Enfin, en dehors des cas où une altération surrénale règle l'emploi de l'adrénaline, il en est d'autres où l'on utilise les extraits surrénaux et l'adrénaline à cause de leurs propriétés propres, vaso-constrictives, hypertensives, comme hémostatiques, tonicardiaques, etc. Ces indications font de l'adrénaline un agent médicamenteux de premier ordre.

a. EXTRAITS SURRÉNAUX

La préparation des extraits surrénaux a beaucoup perdu de son intérêt depuis la découverte de l'adrénaline, substance chimique que l'on peut isoler et que l'on commence déjà à préparer par voie synthétique.

Néanmoins, les surrénales ne paraissent pas agir uniquement par leur adrénaline : d'autres substances actives semblent en modifier ou en prolonger l'action.

Aussi certains thérapeutes préfèrent-ils aujourd'hui encore, dans nombre de cas, à l'adrénaline, l'extrait surrénal, malgré son altérabilité et son absence de fixité chimique.

Pour les préparations opothérapiques de surénales, il est, tout d'abord, nécessaire de prélever les glandes dans d'excellentes conditions.

Les animaux de choix paraissent être, à cet égard, le mouton et le veau ; on doit, au dire de René Marie, rejeter les capsules de bœuf, qui sont fréquemment malades.

La richesse des glandes en principes actifs étant très variable, il est nécessaire de tenir compte de l'âge et des conditions d'existence de l'animal : c'est ainsi que l'efficacité de l'extrait capsulaire des animaux jeunes, du mouton par exemple, est beaucoup plus grande que celle des extraits provenant des animaux adultes.

D'après Watson, l'influence de la domestication est telle que le pourcentage du poids des deux glandes au poids de l'animal, chez des rats domestiques adultes et chez des rats sauvages, est de 0,019 chez les premiers, 0,032 chez les seconds (moyenne de 36 cas). Cette diminution tiendrait à la diminution d'activité musculaire chez le rat captif ou à son changement d'alimentation : les extraits provenant d'animaux en liberté, ayant une activité musculaire considérable (chevreuil, lièvre, etc.), et dont les glandes sont en hyperaction fonctionnelle constante, seraient, au dire de Dubois (*Arch. physiol.*, 1896), plus actifs que ceux des animaux domestiques.

a. *Surrénales fraîches.* — On a utilisé, au début, des surrénales fraîches, dont on faisait avaler 1 à 2 grammes : mais cette pratique est peu employée en raison de l'activité même du produit physiologique.

La *macération* dans l'eau salée physiologique, faite extemporanément pendant vingt-quatre heures, ne peut se conserver et ne sert, par conséquent, qu'à des usages immédiats, surtout d'ordre physiologique (Foa et Pellacani, Olivier et Schœfer),

Les glandes peuvent être hachées dans du bouillon ou incorporées à de la purée, à de la confiture.

La dose est d'environ 2 à 3 grammes, ce qui donne environ 2 à 3 milligrammes de principe actif. Béclère est allé jusqu'à la dose énorme de 15 grammes, que l'on n'atteindrait plus aujourd'hui.

Comme il s'agit d'un organe à propriétés antitoxiques, on doit éliminer toute glande provenant d'un animal fatigué, surmené, malade ou victime d'un traumatisme.

On doit enfin veiller, avec le plus grand soin, à ce que les organes soient pris immédiatement après l'abatage, l'altération histologique et la putréfaction des surrénales survenant très rapidement.

b. POUDRE DE SURRÉNALES

Les glandes, ayant été recueillies aussi aseptiquement

(1) Extrait d'un volume sur l'*Opothérapie* qui va paraître dans la Bibliothèque de thérapeutique Gilbert-Carnot (J.-B. Baillière, édit.).

que possible, sont desséchées très rapidement dans le vide; après broyage : on obtient environ 1/4 à 1/6 de l'organe frais. On donne environ 40 à 60 centigrammes en capsules ou en cachets.

c. EXTRAITS AQUEUX, GLYCÉRINÉS, etc.

Les extraits aqueux et glycérinés se font d'après les techniques générales. Ils sont relativement peu employés; car leur activité diminue vite, peut-être par oxydation des principes actifs.

On a utilisé les extraits peptiques résultant de la digestion des surrénales : la peptone surrénale serait prise avec moins de répugnance et mieux tolérée ; mais ils sont peu étudiés quant à leur activité.

D'autres auteurs ont utilisé les extraits éthérés (Gluzinski), les extraits glycérinés (Swale Vincent, Caussade, etc.).

La stérilisation des extraits destinés aux injections ne peut être obtenue par la chaleur ; on l'obtient, soit par la filtration, soit par addition d'antiseptiques (thymol, chlorétone, etc.).

Nous n'insisterons pas sur ces préparations, renvoyant aux règles générales données dans la première partie de cet ouvrage.

2° *Adrénaline*.— On peut utiliser une adrénaline extractive ou une adrénaline synthétique gauche qui a les mêmes propriétés que l'adrénaline extractive sous forme de chlorhydrate d'adrénaline.

Seidel insiste sur les dangers de titrer les prises d'adrénaline par le nombre de gouttes ; en particulier, il y a une grande inégalité de volume des gouttes entre l'adrénaline extractive et la suprarénine gauche de synthèse, les premières étant environ quatre fois plus volumineuses que les secondes.

Hahn préconise l'emploi de *tablettes* dosées que l'on fait dissoudre extemporanément sur l'eau.

On prépare, pour l'anesthésie dentaire, des tablettes de novococaïne suprarénine, correspondant, par centimètre cube, à 0 gr. 02 de novococaïne et 0 gr. 000.216 de suprarénine.

La chlorhydrate d'adrénaline se trouve, généralement, préparé en *solutions* à 1 p. 1000, avec addition d'un antiseptique qui en empêche l'altération. Dans l'adrénaline de Parke et Davis, l'adrénaline au 1 p. 1000 est additionnée de chlorétone (0 gr. 05 p. 1000).

Les solutions doivent être conservées à l'abri de l'air et de la lumière, en tubes pleins et teintés. La solution qui s'est colorée en rose, puis en brun, a perdu une partie de ses propriétés.

La solution doit donner la réaction de Vulpian (coloration verte avec le perchlorure).

On peut utiliser la solution au 1/1000 de différentes façons : pure (en solution à 1/1000) pour l'usage local, ou étendue à 1/10 000.

Sérum adrénaliné.— Rothe (*Ther. der Gegenwart*, 1909, n° 2) recommande l'injection de 10 à 20 centimètres cubes d'une solution d'adrénaline ou d'extrait capsulaire à 1/20 000 (collapsus post-anesthésique), ou de 1 litre de solution salée physiologique additionnée de XX gouttes d'épirenan (collapsus post-hémorragique) dans les veines.

Josué préconise, pour les injections sous-cutanées, une solution très diluée : 1 centimètre cube de la solution à 1 p. 1000, dans 250 centimètres cubes ou dans 500 centimètres cubes d'eau salée physiologique ; l'addition se fera au moment même de l'emploi. On injecte sous la peau. La peau devient blanche au moment de l'injection et la résorption se fait avec une extrême lenteur en raison de la vaso-constriction qui la retarde ; pendant tout ce temps, la région est le siège d'une tension douloureuse.

La lenteur de la résorption est le principal avantage de ces solutions : l'adrénaline arrive ainsi dans la circulation par quantités minimes et pendant un certain temps. On évite ainsi l'action brutale des injections rapides, et l'effet se prolonge pendant assez longtemps pour exercer une action thérapeutique favorable. Ces conditions se rapprochent donc des conditions naturelles de déversement, minime et continu, de la sécrétion interne des surrénales dans le sang.

Par voie digestive, on donne 1 milligramme environ, par gouttes, en prises successives (solution 1 p. 1000).

En *applications locales*, on utilise soit des *pulvérisations*, soit des *collutoires* à 1 p. 2000, soit des *pommades*, de titre variant entre 1 p. 1000 et 1 p. 5000, l'excipient étant la vaseline et la lanoline à parties égales. La dose ne doit pas dépasser 3/4 de milligramme à 1 milligramme, quel que soit le mode d'absorption du médicament en solution à 1 p. 1000.

En suppositoires, on donne 1/4 à 1/2 milligramme en solution à 1 p. 1000 incorporé dans du beurre de cacao.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous reproduisons ci-dessous, à titre de document, un article fort important du professeur BERNHEIM (de Nancy). Le système qu'il propose est celui-là même qui fonctionne pour les Facultés des Sciences et des Lettres, où chacun se félicite de la suppression de l'ancienne agrégation des Facultés, et où tout le monde est content du système actuel. Ce système aurait donc l'assentiment des Universitaires du Conseil supérieur, à qui il est familier. N'est-ce pas là la solution qui satisferait chacun de nous et réconcilierait Protestataires et Facultataires?

Je sais beaucoup de professeurs et d'agrégés qui lui seraient favorables et je crois qu'il serait également bien vu de ceux qui désirent introduire dans les cadres un peu d'esprit nouveau. Paul CARNOT.

Agrégation, concours et privat-docentisme

On oppose généralement l'agrégation (de médecine), concours tel qu'il existe en France, au privat-docentisme, tel qu'il existe en Allemagne; on se figure que la suppression du premier doit avoir pour conséquence la création du second. Je suis partisan de la suppression du concours pour les raisons que j'ai exposées dans la *Revue*, mais je ne suis pas partisan du privat-docentisme. Laissons à l'Allemagne cette institution qui n'a rien de libéral. L'enseignement libre existe d'ailleurs en France, en dehors de l'Université et dans l'Université qui lui ouvre libéralement ses portes. On pourrait le développer davantage. Je voudrais que tous les jeunes docteurs associés à la Faculté, comme chefs de clinique, chefs de travaux, chefs de laboratoires, etc., fussent encouragés à faire des cours libres ; je voudrais même qu'ils pussent être appelés par la Faculté, en même temps que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, à faire partie des jurys d'examen. Ce serait la vraie pépinière où trouverait à se recruter le personnel enseignant des Facultés.

Mais j'entends dire : Si vous n'avez ni agrégés, ni privat-docents comment recruterez-vous ce personnel ?

Je réponds : *Comme on le recrute dans les Facultés des sciences et des lettres qui n'ont pas d'agrégés, mais des maîtres de conférences*.

L'agrégation des sciences et des lettres n'existe que pour l'enseignement secondaire ; et je connais beaucoup de professeurs de ces Facultés, et des meilleurs, qui n'ont pas ce titre ! Comme on le recrute dans nos autres grandes écoles, centrale, mines, ponts et chaussées, forestière, muséum, etc. Comme on le recrute dans tous les pays du monde, car l'agrégation-concours n'existe plus qu'en France.

Chaque Faculté de médecine aurait, comme celle des sciences et des lettres, des maîtres de conférences, des professeurs ad-

joints, des professeurs titulaires. J'ajoute, bien que cela ne concerne pas directement la question que je traite, que selon moi *le titulariat devrait être conféré à l'homme et non à la fonction.* Toute chaire serait pourvue soit par un titulaire, soit par un professeur adjoint. Ce n'est pas l'importance de l'enseignement qui ferait le titre différent, la fonction restant la même ; c'est l'ancienneté des services et l'éminence des titres scientifiques.

Quand un titulariat est vacant, il peut être conféré au plus méritant parmi les adjoints. Mais ce titre n'ajoute rien à l'importance de la chaire qui reste toujours chaire.

Le premier grade dans l'enseignement serait la *maîtrise de conférence. Quand une maîtrise est vacante ou doit être créée, la Faculté, d'accord avec le Conseil de l'Université et le Ministre, ouvre un concours sur titres.* Les candidats peuvent d'ailleurs, s'ils sont inconnus à la Faculté à laquelle ils se présentent, venir y faire une ou plusieurs leçons, à leur guise, pour montrer leur façon d'enseigner; c'est un document qu'ils apportent, ce n'est pas une épreuve qu'ils subissent.

Mon expérience personnelle, dans les concours auxquels j'ai été mêlé, m'autorise à penser que lorsqu'il s'agit de juger des travaux scientifiques déjà sanctionnés par le temps, les juges se mettent plus facilement d'accord que lorsqu'il s'agit de juger des épreuves extemporanées.

Sans doute les candidats à l'agrégation-concours apportent aussi leurs publications et en exposent le résumé ; cela constitue une épreuve du concours ! Mais le jury a-t-il le temps, a-t-il la possibilité, je ne dis pas d'apprécier, mais simplement de lire cette quantité invraisemblable de productions où, à côté de publications scientifiques réellement remarquables, se trouvent des élucubrations hâtives accumulées pour le besoin de la cause, comme autant de fiches ? Le seul temps peut faire le triage entre les valeurs et les non-valeurs.

Et cette fièvre de surproduction, imposée par la nécessité du concours, comme aussi le surmenage livresque, discipline pernicieuse pour les esprits mûrs, ne sont-ce pas des arguments contre le concours ?

Les titres des candidats à la maîtrise de conférence seront-ils examinés par la Faculté ? Est-ce elle seule qui fera une liste de présentation et choisira ? On objectera que dans chaque Faculté, chaque spécialité ne comporte que peu d'hommes compétents.

La physique, la chimie, la chirurgie, etc. ne peuvent être jugées que par ceux qui la professent ; la majorité de la Faculté est absolument incompétente.

On dira aussi : Les professeurs de la Faculté, obéissant à des considérations humaines, auront de la tendance à choisir leurs élèves, leurs favoris, et le concours ne sera plus là pour éliminer les incapacités notoires.

Sans doute les Facultés n'ont pas toujours la compétence, ni peut-être l'indépendance d'esprit nécessaire pour choisir en connaissance de cause et en toute impartialité les plus dignes.

Mais ne peut-on pas nommer un jury de professeurs de la spécialité recruté dans les diverses Facultés pour examiner les titres des candidats et faire une seconde présentation ? Le Ministre jugeant en dernier ressort, éclairé par les autorités compétentes, choisirait en cas de désaccord.

Ainsi se recruteraient les maîtrises de conférence, comme aussi les chaires elles-mêmes.

Sans doute, rien n'est parfait dans les institutions humaines. La justice intégrale n'est pas de ce monde.

J'ai voulu seulement établir que *ni l'agrégation-concours, ni le privat-docentisme ne sont nécessaires comme portes d'entrée dans nos facultés de médecine, et que le concours sur titres, entouré de garanties convenables, suffit mieux que les épreuves d'écoliers à juger la valeur d'hommes mûrs qui doivent avoir fait leurs preuves, avoir leur originalité et ne sont plus sur les bancs de l'école.*

Si je suis partisan de la suppression du concours d'agrégation je m'élève de toutes mes forces contre le sabotage révolutionnaire destiné à le tuer. Tant que le concours reste établi par la loi, il doit avoir lieu. Le Gouvernement et les Facultés ont contracté avec les candidats qui depuis des années se sont préparés à ce concours un engagement d'honneur auquel ils ne peuvent faillir.

(in *Revue Médicale de l'Est.*) (Pr Bernheim, *de Nancy.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1910.

De l'emploi des arsenicaux en agriculture. — M. *Duguet* fait un rapport sur cette question au nom d'une commission qui a examiné les résultats des enquêtes prescrites par le Ministre de l'Intérieur.

On peut reprocher à ces enquêtes de ne pas avoir grande valeur parce qu'elles ont porté sur une période trop courte, qu'elles ont été faites au moment où les arsenicaux ne sont pas employés en grande quantité, qu'elles ont surpris tout le monde et que les réponses ont été faites avec des souvenirs et non avec des observations.

La commission propose de demander une enquête essentiellement médicale, complète, portant sur deux années consécutives.

Pour éviter tout accident, il conviendrait :

D'exclure les sels à base de plomb ;

De n'employer les arsenicaux que conformément à l'avis des professeurs d'agriculture et à l'autorisation de l'autorité préfectorale :

De dénaturer les sels comme couleur et odeur ;

De les enfermer dans un local sûr et fermant à clef ;

De ne les délivrer que sous leur nom et jamais sous une appellation de fantaisie ;

De ne jamais les employer en culture maraîchère, et d'en cesser l'usage au moment de l'apparition des fruits ;

De n'en faire usage que sur les indications et surveillance des professeurs d'agriculture des départements.

Propagation de la fièvre typhoïde par le chien. — MM. *Courmont* et *Rochoux* indiquent qu'en faisant ingérer par des chiens des matières fécales typhiques on transforme ces animaux en véritables porteurs de bacilles, qui peuvent disséminer la fièvre typhoïde ; c'est là une constatation importante au point de vue de l'hygiène publique.

Le radiodiagnostic différentiel des calculs biliaires et des calculs urinaires. — M. *Béclère* rappelle que dans la recherche radiographique des calculs urinaires, le succès est la règle, l'insuccès l'exception. Au contraire, dans la recherche des calculs biliaires, l'insuccès est la règle, le succès l'exception.

La raison principale de cette différence est d'ordre chimique. Tous les calculs urinaires formés de phosphates ou de sels de calcium sont, en effet, décelés par la radiographie, à laquelle n'échappent guère que les calculs formés d'acide urique pur. Au contraire, il est très rare qu'en dehors de la cholestérine et des pigments, les calculs biliaires contiennent une quantité notable de calcium sous forme de coque, condition indispensable pour qu'ils se révèlent à la radiographie.

Election. — M. *Roger* est élu membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique par 43 voix contre 36 à M. *Brault*.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juillet 1910

Troubles névropathiques liés à la ménopause.—Observation rapportée par M. *Ménétrier.*

Colique hépatique avec septicémie colibacillaire.— MM *Ménétrier* et *Baudin* rapportent l'observation : douleurs aiguës, 40°9, état comateux, chute de la température, guérison. Ensemencement de 300 cc. de sang, culture pure de colibacille. Cas intéressant par l'existence de la septicémie pendant la vie.

Chorée aiguë mortelle. — MM. *Schneider* et *Chavigny* ont observé ce cas. A l'autopsie : peu de chose. L'examen microscopique du névraxe a démontré l'existence d'une prolifération très intense des cellules épendymaires.

M. *Bernard* demande si on a examiné les surrénales.

Suppurations cutanées d'origine tuberculeuse. — M. *Milian* rapporte deux observations. Au niveau d'une plaie s'est développé

un œdème, formé de liquide sérofibreux infiltrant les mailles du tissu celluleux sous-cutané. Le liquide inoculé a provoqué dans les deux cas une tuberculose rapide. Ce sont donc des cas d'hypodermo-tuberculose primitive aiguë sérofibrineuse.

M. **Barbier** croit que des faits semblables existent dans la méningite tuberculeuse où l'infiltration sérofibrineuse des méninges existe seule ou est beaucoup plus prononcée que la granulie miliaire.

Concrétions calcaires et phosphatocalcaires sous-cutanées. — M. **Thibierge** présente une malade qui eut de ces concrétions au niveau des doigts, de la rotule, aux orteils, aux avant-bras et à la jambe, en un mot distribuées systématiquement à la face de l'extension du corps. A côté de cet etat pathologique complexe il existe une sclérodactylie, un certain degré de sclérodermie de la face et des dilatations vasculaires disséminées sur le cou. L'A. insiste sur la coexistence de ces phénomènes et cite 4 cas semblables dans la littérature. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1909.

L'appendicite traumatique.— M. **Guinard**.—D'après M. Picqué, qui est d'ailleurs suivi dans cette voie par la grande majorité des membres de la Société, l'appendicite traumatique n'existe pas. C'est du moins ce qui résulte du rapport qu'il nous a présenté à propos d'une observation de M. Abadie concernant une prétendue appendicite traumatique.

Je ne partage pas, pour ma part, cette opinion. J'ai été autrefois seul à défendre l'appendicite traumatique. Mais depuis, de nombreux travaux ont paru sur ce point et la cause de l'appendicite traumatique a, surtout en Allemagne, rallié de nombreux partisans.

Je me hâte de dire d'ailleurs que le cas de M. Abadie n'est pas un cas d'appendicite traumatique vraie ; il y avait sûrement ici une appendicite chronique antérieure laquelle a été réveillée par le traumatisme.

La question qui se pose est celle-ci : un traumatisme, agissant sur un appendice vide et préalablement sain, peut-il provoquer une appendicite ? J'élimine ainsi l'écrasement de l'appendice qui, quoique rare, paraît possible mais qui s'il peut amener des phénomènes péritonéaux plus ou moins graves ne donne pas véritablement une appendicite.

J'élimine aussi les cas où l'appendice était malade antérieurement au traumatisme.

Mais dans certains cas, on peut voir, chez un sujet qui a été soumis quelque temps auparavant à un traumatisme de la fosse iliaque droite, se déclarer une appendicite typique. Or, si ce sujet n'avait jamais auparavant présenté le moindre signe d'appendicite, même chronique, pourquoi ne pas admettre que le traumatisme a pu prédisposer à l'appendicite en créant des adhérences, une irritation péritonéale qui met l'organe en état de moindre résistance. C'est ce que les Allemands appellent l'*appendicite traumatique pure*. Un cas isolé peut être considéré comme une coïncidence. Mais si ces coïncidences sont assez fréquentes, on est en droit de voir dans le traumatisme une cause d'appel..

C'est ainsi que j'ai vu une femme, qui n'avait jamais souffert du ventre auparavant, recevoir un choc violent dans la fosse iliaque droite. Elle reste alitée 15 jours avec une zone indurée, une sorte de gâteau dans la fosse iliaque. Elle reprend ses occupations mais un mois après présente une crise typique d'appendicite aiguë. Je l'opère et trouve un appendice enveloppé de débris fibrineux, mais ne contenant aucun corps étranger.

Pour qu'il y ait vraiment appendicite traumatique il faut qu'un certain temps s'écoule entre le trauma et l'apparition des symptômes appendiculaires.

On m'objectera que dans les cas de ce genre il y avait antérieurement de l'appendicite chronique restée silencieuse.

Cet argument me paraît de peu d'importance parce que je ne crois pas à l'appendicite chronique silencieuse. Nous connaissons trop bien l'appendicite chronique pour ne pas savoir la retrouver si elle existe. Là où elle ne se manifeste pas, c'est qu'elle n'existe pas.

M. **Broca**. — Je ne suis pas de cet avis. Je crois parfaitement et cela, pièces en main, que dans des appendices enlevés pour des crises récentes, on trouve des signes manifestes de lésions chroniques anciennes qui sont restées absolument et complètement silencieuses. Si, d'autre part, on admet que l'appendicite traumatique, pour être vraiment digne de ce nom, doit apparaître quelques semaines ou quelques mois après le traumatisme, je me demande alors comment nous arriverons à faire de la clarté dans la question.

Je ne dis pas que les conclusions de M. Guinard soient fausses, mais je dis que rien ne prouve l'existence de l'appendicite traumatique et dès lors il me paraît singulièrement dangereux de faire remonter des appendicites à des traumatismes anciens.

M. **Delorme**. — Qui dit appendicite dit infection. Le traumatisme ne saurait donc être seul en cause. Mais il est possible qu'une lésion traumatique de l'appendice en diminuant la résistance vitale de l'organe, puisse faciliter le développement d'une infection à son niveau. Cela peut se voir en d'autres points de l'intestin et il n'y a pas de raison pour que l'appendice ne puisse être, lui aussi, lésé par un traumatisme. Pour ma part, je ne l'ai vu qu'une fois : à la suite d'un coup de pied de cheval j'ai trouvé un appendice en partie rompu et il n'y avait pas d'histoire abdominale antérieure.

J'ajouterai que l'appendicite traumatique doit être rare, si elle existe. Au Comité de santé, il nous passe sous les yeux un grand nombre de dossiers de réforme, qui sont tous examinés avec le plus grand soin. Or je n'ai jamais vu un seul cas pouvant être qualifié appendicite traumatique.

M. **Jalaguier**. — J'ai vu un grand nombre d'appendicites. Je n'ai jamais vu un appendice sain s'enflammer sous l'influence d'un traumatisme. Si celui-ci a pu avoir parfois de l'action, c'est toujours sur un appendice malade antérieurement.

M. **Kirmisson**. — Les travaux publiés en Allemagne sur cette question ne m'ont pas paru convaincants. Souvent les enfants atteints d'appendicite incriminent un traumatisme antérieur, mais jamais je n'ai vu faire la preuve d'une relation de cause à effet de ce genre. J'avoue d'ailleurs que je raisonnerai juste à l'inverse de M. Guinard : le fait seul qu'un certain temps sépare l'appendicite du traumatisme me ferait dire qu'il n'y a entre ces deux faits aucun rapport.

M. **Moty**. — J'ai apporté ici un cas d'appendicite survenu à la suite d'un coup de pied de cheval, cas qui n'avait pas paru assez démonstratif.

M. **Quénu**. — Il faudrait, avant de parler d'appendicite traumatique, démontrer qu'une contusion de l'appendice, du sang épanché dans sa lumière ou dans sa paroi, sont susceptibles de provoquer l'appendicite. Or, je ne le crois pas. Il arrive fréquemment dans les opérations abdominales que l'intestin soit plus ou moins contus, et cela sans qu'il en résulte aucun inconvénient.

M. **Tuffier**. — Le fait suivant me paraît démontrer qu'il est bon de rester sur la réserve dans l'interprétation de ces faits : un enfant de douze ans est renversé par une voiture dont une des roues lui passe sur le ventre. Deux mois après, il est atteint d'une violente crise d'appendicite gangréneuse qui nécessite une opération d'urgence. Or plusieurs semaines après, il expulsait trois calculs énormes qui étaient certainement de formation antérieure au traumatisme.

M. **Routier**. — Je ne connais aucun fait d'appendicite traumatique. Les conclusions de M. Guinard, qui ne reposent pas sur des faits précis et probants, me paraissent dangereuses.

Abcès péritonitique anté-utérin. — M. **Lejars** présente un rapport sur une observation de M. GUILLAUME, Louis (de Tours), concernant une jeune femme de 28 ans, atteinte 4 mois auparavant de douleurs sus-pubiennes avec ballonnement du ventre et vomissements, crise qui avait duré 3 semaines. La crise reparut deux mois après et elle entra à l'hôpital où on assista à la formation d'une tumeur dure, médiane, non mobile, remontant jusqu'à l'ombilic. Une incision médiane conduisit sur une paroi grisâtre, épaisse. Une ponction donna issue à un litre et demi de pus fétide. La poche, qui ne put être décortiquée, occupait le cul-de-sac vésico-utérin, se prolongeait vers l'S iliaque et était

indépendante de l'appendice et des trompes. Un drainage fut établi et amena la guérison.

Il s'agit là d'une péritonite suppurée enkystée. Les abcès, dont le rapporteur a lui-même observé un grand nombre de cas, ont une origine variable : appendice, annexes, intestin. Cette dernière origine était très nette dans deux cas : dans le premier, il s'agissait d'une femme de 23 ans qui, depuis plus d'un an souffrait du côté gauche du ventre. Une tuméfaction liquide apparut sur la ligne médiane. Il s'agissait d'un gros abcès gazeux, d'odeur fétide et nettement intestinale, se prolongeant à gauche vers l'S iliaque.

La malade de M. Lejars, âgée de 57 ans, avait des accidents subaigus dus à un abcès dont la poche adhérait à l'S iliaque, lui-même très épaissi.

Ce sont là des abcès pelviens préutérins dus à des sigmoïdites.

Pyélonéphrite guérie par des cultures de coli-bacilles.— M. *Tuffier* communique l'observation d'une malade, enceinte de 6 mois, et atteinte de pyélonéphrite grave, laquelle a été guérie par deux injections de cultures de coli-bacilles. L'accouchement a été normal et la guérison a persisté. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 23 juin 1910

Diagnostic des annexites et de certaines affections du cæcum, du côlon pelvien et du rectum. — M. *Jayle* attire l'attention sur les erreurs que l'on peut commettre en gynécologie en rapportant à des lésions annexielles des lésions du cæcum à droite, du côlon pelvien à gauche, du rectum en arrière.

La ptose du cæcum et son inflammation chronique peuvent faire croire à une annexite : on évitera l'erreur en combinant l'emploi de la position déclive et de la percussion.

D'autre part, le côlon pelvien peut être induré, rétracté, retenant les matières et en outre douloureux à la pression.

Enfin, il peut arriver que cæcum et côlon soient enflammés en même temps que les annexes qui paraissent alors plus atteintes qu'elles ne le sont en réalité.

Sur la rectoscopie.— M. *Georges Luys* présente son rectoscope perfectionné dont les modifications récentes datent du Congrès international de Buda-Pesth. Ce rectoscope appartient au type des rectoscopes à lumière interne, il se différencie de tous les autres modèles par ce fait essentiel qu'il permet l'examen complet et parfait de la muqueuse rectale en en assurant auparavant le nettoyage automatique. (Voir à ce sujet *Revue de Gynécologie*, n° de juin 1910.)

La fixation du complément comme méthode de diagnostic.— Conférence par M. *Hallion*. E. Agasse-Lafont.

ANALYSES

Polyarthrite chronique progressive primitive dans l'enfance; par F. Brandeberg. (*Munchener medizinische Wochenschrift*, 14 juin 1910, n° 24, p. 1280.)

Hoffa a attiré l'attention (*Deutsche medizinische* Woschenschrift, 1907, n° 14) sur une forme clinique de polyarthrite primitive de l'enfance tout à fait intéressante : caractérisée par une atrophie des tissus osseux et musculaires, la maladie débute par les jointures des doigts. Les doigts prennent un aspect en fuseau. L'os devient moins compact, tout en augmentant de volume ; les cartilages s'atrophient, les capsules articulaires se rétractent, comme le montrent les examens radiologiques. L'atrophie n'épargne pas les muscles, qui diminuent d'épaisseur ; en règle générale ce sont surtout les extenseurs qui sont altérés, si bien qu'il en résulte une contracture en flexion.

Les lésions s'étendent aux différentes jointures du corps d'une façon fatale.

Brandeberg publie trois nouveaux cas de cette affection « primitive » (tout au moins jusqu'à présent), ayant atteint des enfants de 9, 13 et 14 ans.

Ces trois jeunes malades étaient des fillettes : l'une a des antécédents tuberculeux, une autre a été atteinte de scarlatine peu de temps avant le début des accidents articulaires, la troisième est d'une famille de rhumatisants.

Les arthropathies ont été douloureuses au début, puis les souffrances se sont atténuées.

Les essais de traitement par la fibrolysine n'ont pas été plus heureux que la thérapeutique salicylée classique.

R. Debré.

BIBLIOGRAPHIE

Crênothérapie. Climatothérapie. Thalassothérapie (cures hydrominérales, cures d'altitude, cures marines) ; par les Prs Landouzy, A. Gautier, Moureu, de Launay, les Drs Heitz, Lamarque, Lalesque, P. Carnot. (*Bibliothèque de Thérapeutique Gilbert-Carnot.* J.-B. Baillière, éditeur 1910, avec 166 figures et 8 cartes en couleur.)

La Bibliothèque de Thérapeutique, qui a fait déjà paraître des volumes si remarqués sur la physiothérapie, les régimes, les médicaments microbiens, etc., vient de s'enrichir d'un livre nouveau sur les eaux minérales, les climats d'altitude et marins, livre particulièrement utile à consulter par les médecins et même par les malades, à la veille du départ pour une station d'été.

Le professeur Landouzy s'est chargé de diriger ce volume, d'en élaborer le plan général et d'en distribuer les chapitres. Il a, lui-même, dans des pages savoureuses et pleines d'aperçus originaux, comme toujours, insisté sur la valeur thérapeutique des méthodes créno-climatiques et sur la situation privilégiée de notre pays, car aucun autre ne possède autant de variétés dans la composition et la thermalité des eaux dans le climat, l'insolation, l'altitude et n'a cette délicatesse des nuances qui caractérise nos stations « comme elle caractérise notre sol, nos plaines, nos montagnes, nos plages, comme elle se reflète sur l'esprit même de la race ».

On sait combien le Pr Landouzy s'est dévoué à la tâche de faire valoir médicalement nos stations et quels succès ont eu, chaque année, ses voyages d'étude aux eaux minérales (V. E. M).

Les *origines des eaux minérales* font l'objet d'un très lumineux chapitre d'Armand Gautier, dans lequel il expose sa théorie sur l'origine volcanique des eaux minérales et donne les caractères différentiels d'une eau native d'origine centrale et d'une eau de surface d'origine superficielle : ce chapitre a le grand mérite de donner à la question des eaux minérales une portée générale philosophique et presque poétique, et de nous laisser entrevoir tout ce que l'on soupçonne d'énergie latente dans les sources.

La *chimie et la physique des eaux minérales* font l'objet d'un magistral article de Moureu, dont on connaît les beaux travaux sur la radio-activité et les gaz rares des eaux thermales.

La *géologie et le captage des eaux minérales* sont traités de main de maître par le Pr de Launay, de l'école des mines, à qui ces questions d'ingénieur sont particulièrement familières.

Puis vient la description iconographique des stations des Pyrénées, de la Corse, de l'Algérie et Tunisie par Lamarque, des stations du Centre, des Alpes, des Vosges, etc., par Heitz.

Les caractères des sources, les techniques d'administration, les indications principales et accessoires, les contre-indications, sont ainsi passées en revue pour chaque station, avec de nombreuses illustrations. Toute cette partie iconographique, qui constitue près de 500 pages, est traitée avec un soin extrême et fait le plus grand honneur aux auteurs.

La *climatothérapie*, les cures d'altitude et les cures marines, avec la description iconographique des stations, sont traitées, avec une grande compétence par M. Lalesque (d'Arcachon), qui a su donner les caractéristiques et les indications de chaque groupe, tâche particulièrement difficile.

Enfin, le volume se termine par une vue d'ensemble sur les indications et contre-indications des cures créno-climatiques

dans les principaux cas cliniques (tuberculeux, syphilitiques, diabétiques, goutteux, entéropathes, etc.), qui résume, rappelle et compare entre elles les avantages des différentes stations.

Tel est ce livre qui montre, avec évidence, les ressources précieuses de la thérapeutique hydrominérale et climatique. Nul praticien n'a le droit d'ignorer ses actions ni d'en écarter les bienfaits pour ses malades. Chacun doit connaître notre richesse en stations thermales, climatiques et marines, chacun doit savoir et proclamer qu'aucun pays au monde n'en possède d'aussi belles, d'aussi riantes et d'aussi profitables. P. C.

Les cures d'eaux, d'air et de régime chez les enfants ; par le Dr Legrand. (Un volume in-8° de 352 pages. J.-B. Baillière, éditeur, Paris 1910.)

Cet excellent volume de physiothérapie infantile, précise les indications cliniques des stations françaises de puériculture. Des praticiens soigneusement choisis y parlent des cures d'eaux, de climat, d'air, de soleil : ils exposent les modes d'action et d'emploi variables suivant les malades, ainsi que les adjuvants thérapeutiques et les cures de régimes. La pratique thermale est compliquée pour un adulte : combien plus encore elle l'est pour un enfant. Aussi les médecins, qui souvent n'ont sur les stations thermales que des aperçus insuffisants, trouveront-ils dans ce volume les renseignements dont ils ont besoin.

G. P.-B.

Médecine et pédagogie. (Un volume in-8 de la Bibliothèque générale des sciences sociales de 320 pages. Alcan, éditeur. Paris, 1910.)

La Ligue française pour l'hygiène scolaire vulgarise d'une façon magistrale les notions médico-pédagogiques si délaissées en France. Elle a organisé à l'Ecole des Hautes Etudes sociales une série de conférences où sont envisagées des questions très diverses mais toutes d'une utilité pressante. Ce volume contient la plupart de ces conférences. Le Dr Mathieu indique d'une façon magistrale les rapports de la médecine et de la pédagogie, il montre combien la collaboration étroite du maître et du médecin donne d'excellents résultats. Le Dr Gillet indique comment les médecins scolaires doivent être formés et choisis. Le Dr Méry trace le rôle du médecin scolaire et montre qu'il a à intervenir constamment dans la vie quotidienne de l'enfant au lieu de rester cantonné dans son infirmerie.

M. Granjux a exposé son opinion sur la prophylaxie de l'insociabilité par la sélection scolaire. Sa méthode ne peut être généralisée, ainsi qu'on le lui a fait remarquer au cours de la discussion, mais il y a lieu dès maintenant de l'utiliser en faveur de tous les indisciplinés qui encombrent les écoles.

Les questions d'hygiène et de morale sexuelles occupent à elles seules une centaine de pages du volume : je ne m'en plains pas : d'abord en raison de ce qu'il y a d'instructif à être documenté sur ce sujet, ensuite parce que ces conférences qui ont été très suivies par des maîtres ayant pris part aux discussions, démontrent que ces questions ne font fuir personne et que tous s'y intéressent. MM. Guinon, Nobécourt, Boulloche et Dufestel ont traité avec la compétence que chacun leur connaît les maladies de la croissance. Ce rapide aperçu suffira, je l'espère, à inciter les praticiens à lire toutes ces notions d'hygiène scolaire que nul ne doit ignorer. Dr Paul-Boncour.

Aliénés et anormaux ; par le Dr Roubinowitch. (Un vol. in-8 de la Bibliothèque scientifique internationale avec 63 gravures. Alcan, éditeur. Paris, 1910.)

De même qu'il est utile à tous les médecins de posséder un formulaire pratique et contenant les notions courantes de la thérapeutique, de même il est indispensable que tous les praticiens aient en main un livre indiquant les notions les plus élémentaires de la psychiâtrie. En général, les volumes écrits par les aliénistes ne tiennent pas suffisamment compte des acquisitions de leurs lecteurs concernant la médecine mentale. C'est là un reproche qui ne peut être fait au Dr Roubinowitch. Nul didactisme, nul système préconçu, n'ont présidé à la rédaction de ces entretiens : il expose avec clarté et avec science une quantité de problèmes intéressant la psychiatrie.

L'alcoolisme et la folie homicide, les états mélancoliques, l'idée fixe et l'obsession, les fureurs épileptiques, les détraqués nuisibles, les enfants difficiles, la portée sociale de l'éducation des anormaux utilisables, la prophylaxie de la folie par l'éducation antialcoolique des parents et de la jeunesse, la législation française des aliénés.

Cette collection d'études psychiatriques, largement illustrée, pourra être utilement parcourue, non seulement par des médecins non spécialisés dans l'étude des maladies mentales, des sociologues, des juristes, mais aussi et surtout par des pédagogues que le problème des anomalies psychiques doit intéresser aujourd'hui d'une façon en quelque sorte directe et professionnelle. G. Paul-Boncour.

Les intoxications tuberculeuses ; *Etude clinique et thérapeutique*, par le Dr Josef Hollos, prosecteur à l'hôpital général de Szeged. Avec une préface par M. le Professeur A. Poncet. 1 vol. gr. in-8°, de 95 pages (Masson et Cie, éditeurs, 3 fr.)

Cet ouvrage constitue une étude des plus neuves et des plus intéressantes d'une foule de manifestations pathologiques de nature indéterminée, que l'auteur rattache résolument à l'empoisonnement tuberculeux. Il s'agit de troubles nerveux, vaso-moteurs et thermiques, gastro-intestinaux, de troubles menstruels : métrorragies, aménorrhée, dysménorrhée, etc., d'accidents de Basedowisme, etc. etc., heureusement modifiés par un traitement, dans l'espèce spécifique, c'est-à-dire par l'emploi judicieux des vaccins tuberculeux et surtout des corps immunisants. Les excellents effets, en pareil cas, de la médication spécifique ont révélé au Dr Hollos l'origine bacillaire fréquente de tous ces maux. Ses malades sont, en effet, le plus habituellement, des tuberculeux latents, frustes, atténués, etc. Ce sont les *petits tuberculeux*. Ils forment le billon des diathésiques, des arthritiques, des névropathes, des neurasthéniques, etc. Ils relèvent de la *tuberculose scepticémique*, c'est-à-dire sans lésions apparentes, ou de la *tuberculose inflammatoire*, c'est-à-dire avec des lésions sans spécificité, sans signature anatomique, lésions qui ne présentent que les caractères réactionnels d'une inflammation banale. G. M.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Hôpitaux de Paris.

Classement des internes en pharmacie. — Hotel-Dieu (Pharmacien en chef : M. Villejean). — Internes : MM. Zédet, Mansat, Dutheuil, Jouenne, Montanton, Soudan, Guillaume, Roy, Lebrun.

Pitié (M. Lafont). — M. Guichon, Payen, Mimiot, Guilleminot Courtois, Savournin, Vitat, Delsart.

Charité (M. Guinochet). — MM. Gurithault, Gauthier, Mlle Charles, MM. Périchon, Couraud, Bourquin, Beum, Arfeuille.

Saint-Antoine (M. Héret). — MM. Bourdirioux, Budon, Champion, Barbotte, Ferrand, Visconti, Berthelin, Péchery, Julien, Denis, Foucault, Habert.

Necker (M. Meillère); — MM. Doussot, Aurousseau, Gérard (André), Manceau, Bailly, Fleury, Peltier.

Cochin et annexe (M. Cousin). — M. Lantenois, Mérigon, Grigant, Besnier, Laudat, Menssion, Fluteaux.

Beaujon (M. Léger). — MM. Gérard, Brésil, Chauveau, Perrier, Deluard, Morel (Jean), Nepveux.

Lariboisière (M. Patein). — MM. Legros, Weitz, Aureille, Riethe, Thonier, Dognon, Féret, Horbette, Baudoin, Beaulaton, Damiens.

Tenon (M. Guerbet); — MM. Iliou, Gallet, Bonvalet, Raynaud, Paumier, Bobée, Chaumont, Thouras, Chassin, Rofidal, Duclos.

Laennec (M. Bourquelot). — MM. Meslin, Jolivet, Duport, Vergelot, Dacheux, Verdon.

Bichat (M. François). — MM. Hédou, Coudert, Fabre.

Broussais (M. Hérissey); — MM. Lenoir, Aubry, Choisec.

Boucicaut (M. Tiffeneau). — MM. Beaufour, Donetteau (René).

Claude-Bernard (M. François). — M. Durant (Gaston).

Bastion 29. — (M. François). — MM. Lhériteau, Gontier.

Andral (M. François). — MM. Artaud, Lécorché.

SAINT-LOUIS (M. PORTES). — MM. BONCOUR, BOUSQUET, CANAT, DROUILLY, FÉVRIER, MÉGNET, MOREAU (Adolphe), NEVEU, MOUSSIER, BEAUXIS-LAGRAVE, LYONS.

BROCA (M. DELÉPINE). — MM. LEFEBVRE, MATHIEU, BONGRAND, SÉGUIN.

MATERNITÉ (M. BÉHAL). — M. DETŒUF, DONETTEAU (Georges), ROBERT.

TARNIER (M. BÉHAL). — M. GONNET.

MAISON DE SANTÉ (M. SOMMELET). — MM. DUFRAISSE, ROLLAND, VOISIN, BOUTONNET.

ENFANTS-MALADES (M. SONNIÉ-MORET). — MM. REGNOULT, MARTIN (Alfred), COULON, PEIRIER (C.-J.), POMARET, MÉTÉRIÉ, CUISINE, MARTEL.

TROUSSEAU (M. BOUGAULT). — MM. DELABRIÈRE, CHAMPONNOIS, DUBREUIL, ORSO.

BRETONNEAU (M. ANDRÉ).— M.M. MARÉCHAL, FALVY, GRAS, BAUDET.

HÉROLD (M. GORIS). — MM. MASCRÉ, DAMAS, LUCE.

ENFANTS-ASSISTÉS (M. BÉHAL). — M. ROBIN.

BICÊTRE (M. BERTHOUD). — MM. LEMAITRE, ROYER, LUQUET, KUHN, GUIBAUD, MOREL.

SALPÊTRIÈRE (M. VIRON). — MM. PIAULT, AUCOUTURIER, MAGNIN, BOUVOT, MALLET, PRESSET, DEMARS.

IVRY (M. RICHAUD). — M.M. BIDOT, DEVIOT.

LA ROCHEFOUCAULD (M. COUSIN). — M. LHOTE.

BERCK. — M. Félix MARTIN.

LES MÉNAGES (M. SONNIÉ-MORET). — M. LABRUYÈRE.

BRÉVANNES (M. BOUGAULT).— MM. MOREAU (Edmond), MOUCHEL-LA-FOSSE, CHICAUD.

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Dr FILLIOUX, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'Interne, l'autre à l'Externe des Hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé chaque année à la fin du concours. Pour l'année 1910, le concours sera ouvert le *jeudi 1er décembre*. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale (Service du Personnel) tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 3 au 10 octobre inclusivement :

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 10 octobre dernier édlai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — I. — *Programme du concours* : Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomopathologique. 2° une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve clinique 20 points. — II. — *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des Hôpitaux, titulaires et suppléants ; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des Hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi parmi les médecins et chirurgiens des Hôpitaux, comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

Hôpital des Enfants-Malades. *Service de la diphtérie* (Dr AVIRAGNET) — *Cours de vacances.* — Conférences et travaux pratiques (diagnostic clinique et bactériologique de la diphtérie, sérothérapie, trachéotomie, et tubage);

Ces conférences auront lieu tous les matins à 9 heures du lundi 11 juillet au jeudi 11 août 1990), sous la direction de MM. BLOCH-MICHEL et DORLENCOURT, chefs de laboratoire.

Droit d'inscription, 20 francs.

S'inscrire dans le service, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

2e Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury de ce concours est complété ainsi: M. le Dr LAUNOIS, qui a accepté, remplace M. le Dr HUCHARD, non acceptant.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Lecture (fin). — *Mercredi 29 juin.* — MM. DESCOMPS 29, GRÉGOIRE et PIQUAND 27.

Epreuve clinique, — Vendredi 1er juillet.— MM. MURET 9, PIQUAND, 15, GRÉGOIRE, 17.

Hôpital Laënnec. — *Cours de vacances.* — *Service d'Ophtalmologie du* Dr ROCHON-DUVIGNEAUD. — Le docteur CAILLAUD, assistant du service, commencera, le *mardi 2 août*, à 9 heures du matin, une série de 10 leçons destinées aux étudiants et médecins généraux avec examens de malades.

Programme du cours. — Eclairage latéral, pupilles, acuité visuelle, accommodation, périmétrie, diplopie, simulation, pathologie des sourcils, paupières, conjonctive, cornée, sclérotique, iris, cristallin, glaucome, exophtalmie, voies lacrymales, accidents du travail. Le prix en est fixé à 20 francs.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire dès maintenant dans la matinée auprès du Dr CAILLAUD, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (89,rue d'Assas), Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de vacances*, sous la direction de M. BRINDEAU, agrégé. — Cours de clinique tous les matins, à 9 heures Leçons à l'Amphithéâtre le mardi et le samedi, à 10 heures. Le cours de clinique est ouvert à tous les étudiants et docteurs étrangers régulièrement inscrits à la Clinique Tarnier. Un service de gardes, pendant lequel les élèves seront personnellement exercés à la pratique des accouchements sera organisé, sous la direction du Chef de clinique assisté de MM. les Moniteurs.

Cours de pratique obstétricale, par MM. V. CATHALA, accoucheur des Hôpitaux, ancien chef de clinique, P. GUÉNIOT, ancien chef de clinique, P. LEQUEUX, chef de Clinique, L. DEVRAIGNE, chef de clinique adjoint, assistés de MM. les moniteurs. Réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique Tarnier.

Le Cours commencera le 25 *juillet* 1910 et sera terminé le 31 août, Les leçons auront lieu tous les jours, à 4 heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours.— 25 *juillet* : M. LEQUEUX : Diagnostic des présentations et des positions par le palper et le toucher.Exercices au lit des malades. — 26 *juillet.* M. LEQUEUX : Conduite à tenir dans la présentation du sommet.—27 *juillet.* M. LEQUEUX : Conduite à tenir dans la présentation de la face et du front. — 28 *juillet.* — LEQUEUX : Conduite à tenir dans la présentation de l'épaule. — 29 *juillet.* M. LEQUEUX : Technique de l'application du forceps sur le sommet(positions directes et obliques antérieures). — 30 *juillet.* — M. LEQUEUX. : Exercices pratiques sur le forceps. — 1er *aout.* M. LEQUEUX : Technique de l'application du forceps sur le sommet (positions obliques postérieures et positions élevées). — 2 *août.* M. LEQUEUX : Exercices pratiques sur le sommet. — 3 *août.* M. GUÉNIOT : Technique de l'application du forceps sur la face et sur le front. — 4 *août.* M. GUÉNIOT : Exercices pratiques sur le forceps.— 5 *août.* M. GUÉNIOT : Technique de la version par manœuvres externes et de la version podalique par manœuvres internes. — 6 *août.* M . GUÉNIOT : Exercices pratiques sur la version. — 8 *août.* M. GUÉNIOT : Technique du 3e temps de la version. Grande extraction, ses difficultés. — 9 *aout.* M. GUÉNIOT : Exercices pratiques sur la version. — 10 *août.* M. GUÉNIOT. : Technique de l'accouchement prématuré artificiel. — 11 *août.* M. GUÉNIOT : Technique de l'accouchement méthodiquement rapide. Procédés de dilatation rapide. L'opération césarienne vaginale. — 12 *août.* M. DEVRAIGNE : Examen des bassins viciés. Pelvimétrie.— 13 *août.* M. CATHALA: Extraction de l'enfant par voie abdominale. Opération césarienne conservatrice. Opération de Porro. Césarienne sus-pubienne. — 16 *août.* M. DEVRAIGNE : Symphyséotomie. Hébotomie. — 17 *août.* M. CATHALA : Technique de l'embryotomie céphalique : basiotripsie ; cranioclasie ; — 18 *août.* M. CATHALA : Exercices pratiques sur l'embryotomie céphalique. — 19 *août.* M. DEVRAIGNE : Technique de la décollation et des éviscérations. — 20 *août.* — M. DEVRAIGNE : Exercices pratiques sur la décollation. — 22 *août.* M. CATHALA : Conduite à tenir dans l'avortement et ses complications. — 23 *août.* M. DEVRAIGNE : Conduite à tenir dans les vomissements incoercibles. Grossesses extra-utérines. — 24 *août.* M. CATHALA : Conduite à tenir dans les tumeurs compliquant la grossesse ou l'accouchement. — 25 *août.* M. DEVRAIGNE : Conduite à tenir dans les procidences. Accouchement gémellaire. — 26 *août.* M. CATHALA : Traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie. — 27 *août.* M. DEVRAIGNE : Conduite à tenir dans les hémorragies des trois derniers mois de la grossesse. Placenta prævia. — 29 *août.* M.

CATHALA : Conduite à tenir dans la dystocie fœtale. Hydrocéphalie. Tumeurs. Gros enfants. — 30 *août.* M. DEVRAIGNE. Conduite à tenir dans la délivrance et ses accidents. — 31 *août.* M. CATHALA : Traitement de l'infection puerpérale.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants qui auront acquitté le droit de laboratoire qui est de 50 francs. MM. les étudiants devront produire leur carte d'immatriculation.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les mardi, jeudi, et samedi, de midi à 3 heures.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. DIEULAFOY. — *Cours de vacances.* — Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique. — Un cours de vacances, commençant le 19 *septembre* 1910, et comprenant 26 leçons, aura lieu à l'Amphithéâtre et au Laboratoire de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le Professeur DIEULAFOY, le matin à 10 heures, et l'après-midi à 2 heures. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les Drs LE PLAY et DOURY, chefs de clinique ; NATHAN et SÉZARY, chefs de laboratoire : BONNIER, DÉHU, et LACAILLE, assistants.

Prorogramme. — *Lundi* 19 *septembre* : Matin. — M. LE PLAY. Examen du sang : anémies ; polyglobulies. Leucocytoses et leucémies. Résistance globulaire. — Soir : M. LE PLAY. Opsonines. Le pouvoir opsonique du sérum et la recherche de l'indice opsoniquel, application à la clinique. Cyso-diagnostic.

Mardi 20 *septembre* : matin. — M. M. NATHAN. Analyse bactériologique du pus, recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes ; réaction de Gram. — Soir : M. LEPLAY. Technique de l'examen bactériologique du sang ; culture du sang.

Mecrredi 21 *septembre* : matin. — M. DOURY. Diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire au début. Indications thérapeutiques. — Soir : M. DOURY. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire ; recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques ; Inoculation aux animaux. Les tuberculines ; les tuberculino-réactions.

Jeudi 22 *septembre* : matin. — M. H. NATHAN. Diagnostic des méningites. Bactériologie de la méningite cérébro-spinale épidémique. Sérothérapie méningococcique. Ponction lombaire, technique et valeur sémiologique. — Soir : M. SÉZARY. Le tréponème de la syphilis ; recherche dans les exsudats et dans les coupes histologiques ; examen ultra-microscopique ; imprégnation argentique : inoculation aux animaux. Diagnostic des spirochètes saprophytes et pathogènes.

Vendredi 23 *septembre* : matin. — M. LE PLAY. Etude bactériologique des angines ; diagnostic de l'angine diphtérique. La sérothérapie antidiphtérique. — Soir : M. SÉZARY. Microbes anaérobies pathogènes ; isolement, culture. Etude des principales mycoses ; actinomycose, sporotrichose, etc.

Samedi 24 *septembre* : matin . — M. LE PLAY. Séméiologie clinique du foie et du pancréas ; les ictères, les pancréatiqtes. Insuffisance hépatique et insuffisance pancréatique. — Soir : M. M. NATHAN. Syndromes surrénaux, thyroïdiens, hypophysaires et polyglandulaires. Principes d'opothérapie. Glycosuries et diabète.

Lundi 26 *septembre* : matin. — M. DOURY. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Séro-diagnostic ; réaction d'agglutination. — Soir : M. DOURY. Examen clinique du cœur et des vaisseaux, pression artérielle, application au diagnostic des diverses cardiopathies. L'asystolie et son traitement.

Mardi 27 *septembre* : matin. — M. SÉZARY. Séméiologie du système nerveux : hémiplégie, hémianesthésie, aphasie, épilepsie, tumeurs cérébrales. Indications thérapeutiques. — Soir : M. M. NATHAN. Examen clinique des urines ; exploration rénale : urémie. Indications de la saignée ; déchloruration.

Mercredi 28 *septembre* : matin. — M. DOURY. Sémiologie clinique de l'estomac, chimisme gastrique ; étude de la sécrétion à l'état normal. et à l'état pathologique. Etude de la motricité gastrique. — Soir : M. NATHAN. Séméiologie clinique de l'intestin. Examen des fèces. Technique. Valeur des méthodes coprologiques dans l'estimation des fonctions gastrique, duodénale, intestinale, pancréatique et hépatique.

Jeudi 29 *septembre* : matin. — M. SÉZARY . Séméiologie du système nerveux (suite). Les paraplégies. Troubles de l'équilibre : ataxie, tabès, syndrome cérébelleux. Les atrophies musculaires. Syndromes radiculaires et radiculites. — Soir : M. SÉZARY. Séro-diagnostic : déviation du complément (méthode de Bordet-Gengou) dans le diagnostic des maladies infectieuses. Diagnostic de la syphilis et réaction de Wassermann ; méthodes simplifiées. Diagnostic des kystes hydatiques par la méthode de Weinberg.

Vendredi 30 *septembre* : matin. — M. DÉHU. Traitement de la syphilis, la médication mercurielle — Soir : M. DÉHU. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire.

Samedi 1er *octobre* : matin. — M. LACAILLE. Méthodes d'exploration des réactions électriques, leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. LACAILLE. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique : thorax, tube digestif.

Lundi 3 *octobre* : matin. — M. BONNIER. Technique de l'examen du nez, du pharynx, et du larynx. — Soir : M. LACAILLE. Technique de l'examen de l'oreille. Vertige.

Le droit à verser est de 100 fracns.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les mardis, jeudis, et samedis, de midi à 3 heures.

FORMULAIRE OFFICINAL

NOUVEAU CODEX

Solution de caféine.

POUR INJECTION HYPODERMIQUE.

Nº 1.

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de sodium	3 gr. 50
Eau distillée bouillie et refroidie	Q. S.

pour obtenir 10 centimètres cubes de soluté.

Triturez à froid dans un mortier de verre la caféine et le benzoate de sodium, en ajoutant peu à peu l'eau distillée (environ 6 grammes). Après dissolution, filtrez et recevez le liquide dans un flacon bouchant à l'émeri.

Pour stériliser le soluté, interposez un fil entre le goulot et le bouchon, afin de prévenir l'adhérence et permettre la sortie de l'air ; placez le flacon dans l'eau froide jusqu'à la naissance du col, puis portez l'eau à l'ébullition que vous maintiendrez pendant un quart d heure ; laissez refroidir et fermez ensuite exactement le flacon.

Lorsqu'on dispose d'un autoclave, il est préférable de stériliser le soluté à + 110° pendant dix minutes, en prenant les mêmes précautions pour la sortie de l'air.

Un centimètre cube de ce soluté renferme *vingt-cinq centigrammes* de caféine.

Nº 2.

Caféine	4 grammes.
Salicylate de sodium	3 —
Eau distillée bouillie et refroidie	Q. S.

pour obtenir 10 centimètres cubes de soluté.

Dissolvez au mortier la caféine et le salicylate de sodium dans l'eau distillée (environ 6 grammes) ; filtrez avec soin.

OBSERVATION. — Dans le cas où une prescription médicale ne spécifierait pas l'emploi de l'un des deux solutés de caféine, le pharmacien devra toujours délivrer le soluté nº 1.

Teinture de quillaya coaltarée.

Goudron de houille	1.000 grammes.
Teinture de quillaya	4.000 —

Dans un vase approprié et muni d'un couvercle, placez le goudron que vous maintiendrez à l'état fluide en opérant au bain-marie ; ajoutez la teinture, de manière à bien délayer le goudron ; fermez le vase et maintenez la chaleur du bain-marie pendant une heure, en ayant soin d'agiter le mélange. Retirez alors le feu et agitez encore le mélange jusqu'à ce qu'il soit refroidi. Passez à travers une toile.

EMPLOI. — *Emulsion de coaltar.*

TRAVAUX ORIGINAUX

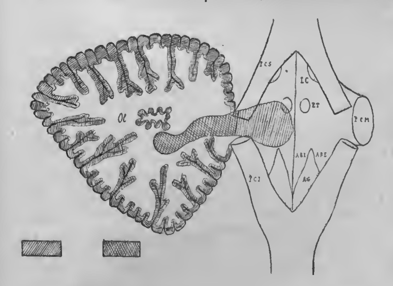
Déviation conjuguée de la tête et des yeux et nystagmus par hémorragie du cervelet ;

Par MM. POULARD et P. BAUFLE

N..., 75 ans, est admise à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Lacombe avec le diagnostic d'hémorragie cérébrale. Cette malade ne pouvait fournir elle-même aucun renseignement sur son état actuel ; nous apprenons cependant qu'elle avait eu, la veille au soir, un ictus, sans perte totale de connaissance.

Deux faits seulement attiraient l'attention : d'une part, le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes ; d'autre part, une déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté droit ; le regard était dirigé non seulement à droite, mais aussi très légèrement en bas ; il y avait en outre du nystagmus horizontal ; les pupilles étaient égales et réagissaient à la lumière.

On ne trouvait d'ailleurs aucun trouble moteur ou sensitif du côté des membres supérieurs ou inférieurs : les réflexes rotuliens étaient normaux des deux côtés : la recherche du réflexe cutané-plantaire de Babinski ne dé-



terminait pas d'extension du gros orteil. Il n'y avait pas d'aphasie, mais un certain degré d'obnubilation intellectuelle qui rendait les réponses très lentes et, à certains moments, inintelligibles. Le pouls était régulier, bien frappé (80).

La malade, très obèse, était incapable de quitter le lit et on ne pouvait songer à rechercher chez elle l'existence de titubation cérébelleuse : la difficulté avec laquelle elle comprenait les questions qu'on lui adressait ne permettait pas de lui faire exécuter des mouvements de pronation et de supination pour établir l'existence de troubles de la diadococinésie.

Les manifestations oculaires apparaissaient comme seul élément de diagnostic et permettaient de songer à une lésion cérébelleuse et bulbo-protubérantielle, en même temps que la brusquerie du début évoquait l'idée d'une hémorragie.

Cet état ne persista d'ailleurs qu'une journée, puis la malade tomba dans le coma et mourut 48 heures après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie, pratiquée 36 heures après la mort, nous a permis de constater l'existence d'une hémorragie du cervelet. Le foyer hémorragique occupe l'hémisphère gauche, immédiatement en arrière de l'olive cérébelleuse ; il résulte de la rupture de l'artère rhomboïdale, ce qui est d'ailleurs le lieu classique de l'hémorragie cérébelleuse. Ce foyer, qui a les dimensions d'un noyau de cerise, ne reste pas limité à l'hémisphère cérébelleux, mais vient s'ouvrir sur le plancher du 4e ventricule ; le caillot recouvre la partie gauche du triangle supérieur ou protubérantiel jusque sur la ligne médiane ; après avoir dissocié ce caillot sous l'eau, nous avons vu que la substance nerveuse était dilacérée au niveau de l'hémisphere cérébelleux et du pédoncule cérébelleux moyen, mais restait intacte au niveau du 4e ventricule : le caillot comprimait cette région sans la détruire.

Les autres parties de l'encéphale ne présentaient pas d'altérations microscopiques. Les artères, en particulier les branches nées du tronc basilaire, étaient athéromateuses.

Cette observation nous semble présenter un double intérêt clinique et pathogénique.

Au point de vue clinique, la déviation conjuguée de la la tête et des yeux et le nystagmus nous avaient fait émettre l'hypothèse d'une lésion intéressant le cervelet et le 4e ventricule : la déviation conjuguée de la tête et des yeux a été en effet souvent constatée soit au cours de ramollissements, soit au cours d'hémorragies d'un hémisphère cérébelleux (Bach, Touche, Landouzy) et on a même pu la reproduire expérimentalement (Russel, Thomas). De même, d'après Carion « Contribution à l'étude symptômatique et diagnostique de l'hémorragie cérébelleuse », thèse de Paris, 1875) le nystagmus a été assez fréquemment noté au cours des hémorragies cérébelleuses.

Au point de vue pathogénique, on admet, depuis les travaux de Bach, que la déviation n'est pas un symptôme cérébelleux direct, mais dépend d'une compression du centre des mouvements de latéralité des deux yeux qui est situé dans la protubérance ; de même, le nystagmus n'est pas symptomatique d'une lésion cérébelleuse, mais bien d'une altération bulbo-protubérantielle. L'observation que nous avons rapportée confirme ces opinions : l'hémorragie, dont le lieu d'origine est l'hémisphère gauche du cervelet, a fusé sur le plancher du 4e ventricule dans la moitié supérieure et gauche : en ce point, elle comprimait, au niveau de l'*eminentia teres*, le noyau sous-jacent du moteur oculaire externe et paralysait ce nerf qui est lévogyre ; dans ces conditions, l'action du moteur oculaire externe droit, qui est dextrogyre, devenait prédominante par le seul fait du tonus musculaire et déterminait la déviation du regard à droite.

Sur les troubles mentaux dans la chorée (Chorée aiguë et Catatonie) ;

Par M. André PÉLISSIER
Interne des hôpitaux de Paris

Depuis le mémoire de Marcé (1), la question des troubles mentaux de la chorée, bien souvent débattue, reste toujours l'objet de discussions (2).

Il semble cependant qu'il faille distraire du groupe encore confus des chorées la chorée chronique de Huntington, qui, par son étiologie, ses caractères cliniques, son évolution, ses lésions, nous apparaît comme une affection organique bien définie et particulière. Les chorées

(1) MARCÉ. — Mémoire à l'Académie de médecine, 1859.
(2) VIEDENZ. — Sur les troubles mentaux dans la chorée (*Archiv. für Psychiatrie*. XLVI 1, p. 171).
RUNGE. — Chorea minor avec psychoses (*Ibid.* fasc. 2).
HOMUTH. — Histoire et statistique de la chorée de Sydenham. (*Wiener klinische Wochenschrift*. XXIII, nos 32 à 37).

aiguës, au contraire, se présentent avec un polymorphisme qu'augmentent encore les descriptions de la chorée hystérique et de la chorée des dégénérés.

Aussi conçoit-on que, selon les manifestations de la chorée, les auteurs en aient compris tout différemment la nature. Lorsque l'on voit la chorée survenir au cours du rhumatisme (1), de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la rougeole, de la syphilis (2), etc ; lorsqu'on la voit évoluer comme une pyrexie compliquée d'endocardite, de péricardite (3), il est difficile de n'en pas admettre la nature infectieuse (4). Si l'on s'attache à l'étude de l'évolution de la chorée, des antécédents que présentent les choréiques, de leur constitution pychopathique, l'on est tout naturellement amené, avec Joffroy, à y voir des manifestations de dégénérescence mentale (5). Enfin si l'on considère que dans bien des cas il existe au cours de la chorée des symptômes d'origine organique (troubles des réflexes, paralysies, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, etc.), il est permis d'appeler avec André Thomas la chorée : maladie organique (6).

De la conception à laquelle nous nous serons arrêtés, dépendra celle que nous nous ferons des manifestations psychiques de la chorée.

Nous les considérerons ainsi comme des troubles nerveux d'origine toxi-infectieuse et nous retrouverons dans les hallucinations si fréquentes, dans la désorientation que présentent les choréiques, les signes de la confusion mentale. Ou bien, fouillant le passé de ces malades, étudiant leurs particularités psychiques, nous rangerons leurs troubles mentaux dans le cadre de la dégénérescence mentale, ou tout au moins nous y verrons la manifestation d'un état nerveux particulier (7).

Dans ce débat, l'observation suivante, recueillie dans le service de M. le Dr Carnot, nous paraît d'un certain intérêt :

Jeanne B..., 16 ans, est amenée le 8 mars 1910 à l'hôpital Tenon, salle Rayer, en pleine crise de chorée. Les mouvements choréiques sont très violents et très typiques. Les bras s'agitent en tous sens, se joignant, s'écartant, passant derrière le dos ; les jambes se croisent et se décroisent, la tête se tourne et se détourne, l'épaule se lève et s'abaisse. La malade ne reste pas un moment en repos ; la station debout est impossible. Le pouls est rapide, 136 ; la température à 38°2.

C'est une jeune fille gracile et de très petite taille. La face est légèrement asymétrique, on peut constater également un certain degré de scoliose. Dans l'ensemble l'hémithorax droit est plus réduit que le gauche (31 cent. au niveau de la ligne mamelonnaire à droite ; 33 à gauche). Le sommet du poumon droit offre une tonalité un peu plus élevée ; la respiration y est plus obscure, mais il n'existe aucune irrégularité respiratoire. Le cœur a des bruits très rapides, mais bien frappés. Les urines sont rares, foncées, non albumineuses. Les réflexes tendineux sont forts, les reflexes cutanés normaux, le réflexe plantaire n'existe pas au niveau du gros orteil, mais le 5e orteil se porte en abduction, les pupilles égales et régulières, réagissent bien. La malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose. Elle donne des détails précis et exacts sur sa maladie, mais la conversation est gênée par sa gesticulation incessante.

Les renseignements que nous fournit sa mère nous permettent de reconstituer ainsi son histoire : Ses parents furent traités pour syphilis ; 3 ans avant sa naissance, sa mère accoucha d'un enfant hérédo-syphilitique, mort-né. Son père eut de nombreuses crises de dépression mélancolique, entrecoupées de phases de rémission et même parfois d'excitation légère.

Il fut interné deux fois pour mélancolie ; il eut même, lors de sa dernière grande crise, un accès de stupeur cataleptique. Il mourut il y a 5 ans, de tuberculose pulmonaire, au cours de son dernier internement.

La mère vit encore, elle semble en excellente santé, et ne présente aucun stigmate de sa syphilis ancienne. Elle n'a qu'un seul enfant : notre malade actuelle.

Celle-ci naquit à terme. Ses premières années se passèrent normalement. Pourtant à l'âge de deux ans elle eut une petite éruption cutanée que le médecin de la famille traita par le sirop de Gibert. A 5 ans, elle eut une chorée grave qui dura trois mois. Cette chorée disparut à peu près complètement. Cependant à certaines périodes, l'enfant eut encore quelques mouvements choréïques, mais limités aux mains et peu durables. Son médecin lui fit suivre à plusieurs reprises un traitement ioduré.

A l'âge de 10 ans, elle eut une bronchite qui se prolonge. Aux Enfants-malades où elle va consulter, on lui ordonne la campagne. La mère néanmoins conserve son enfant à Paris et peu à peu les manifestations pulmonaires disparaissent. Elle est réglée à 12 ans régulièrement.

Jusqu'au moment de son apprentissage elle alla à l'école. Elle travaillait bien, se montrait intelligente, obtint son certificat d'études. Chez elle, elle était douce, affectueuse. Toutefois elle avait des moments de tristesse, d'inaction ; d'autres moments où elle se montrait plus exubérante. Mais ses variations d'humeur n'avaient jamais eu tel degré qu'elles eussent pu en sembler anormales. Dans son apprentissage de bijoutière, ses patrons n'eurent qu'à se louer d'elle.

Le matin du 1er mars 1910, sa mère la trouve triste. Elle revient de l'atelier le soir en pleurant : « Elle va devenir folle ; ses compagnes lui ont dit qu'elle avait des yeux de folle ; elle sent bien que sa tête s'en va. » Le lendemain elle est encore plus déprimée que la veille. Elle veut néanmoins aller à l'atelier. Mais une fois arrivée, elle cache sa tête dans sa main en criant qu'elle ne veut pas qu'on la regarde, qu'elle est trop laide, qu'elle est folle ! On est obligé de la ramener chez elle. Elle est très excitée, pleure, se lamente, gesticule ; puis peu à peu l'excitation psychique se calme, mais les mouvements choréiques s'accentuent. Ceux-ci deviennent de jour en jour plus violents, la température s'élève rapidement, et le médecin traitant conseille l'envoi à l'hôpital, où elle entre le 8.

Evolution. — Les deux premiers jours de son entrée, la malade est dans une agitation extrême : ses membres sont couverts d'ecchymoses. Il faut rester sans cesse auprès d'elle pour qu'elle ne tombe pas de son lit malgré les planches. Toutefois on ne remarque aucune anomalie dans son état psychique. On lui donne 6 grammes d'antipyrine par jour. Le surlendemain de son entrée elle dort pour la première fois. On lui fait une injection de 10 cmc. de collargol, sans qu'elle sorte de son assoupissement.

(1) Dyce Duckworth.— La chorée considérée comme rhumatisme cérébral. (XVe *Congrès internat.* Lisbonne 1906)

(2) Rose et Chartier.— Chorée de Sydenham au cours de la syphilis secondaire. *Soc. de neurologie*, 2 mai 1907)

(3) Dupré et Camus.— Chorée aiguë mortelle péricardite hémorrhagique. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 2 mars 1905).

(4) Berkley.— Contribution à la théorie microbienne de la chorée. (*The John hopkins hosd. reports.* août 1891. n° 6, p. 1893).

Triboulet. — Du rôle possible de l'infection dans la chorée. (*Thèse de Paris* 1893).

C. Demel. — Un cas de chorée infectieuse. (*Gaz. med. di Torino*, 1897, nos 31 et 32.

Hallé et Langevin. — Un cas de chorée mortelle. (*Archives de méd. des enfants*, n° 8 août 1900.) Dyviande (*Thèse Paris*, 1906).

(5) Joffroy. — De la folie choréïque ; définition et nature de la chorée. (*Semaine médicale*, 1893, 25 février, p. 89.)

Id. Des myopsychies (*Rev. neurol.* 1902, p. 289.)

Vurpas. — Les myopsychies de Joffroy. (*Revue de psychiatrie dec.*. 1904).

(6) André-Thomas.—La chorée de Sydenham maladie organique. (*La Clinique*, n° 35, 27 août 1909, p. 548.)

André Thomas et Tinel. — Hémichorée et signes de lésion organique. (*Revue neurologique*, XVII. n° 10, 30 mai 1909.)

H. Claude. — Deux cas de chorée persistante avec signes de lésions anatomiques du système nerveux. (*Revue neurologique*, XVII, 14, 30 juillet 1909, p. 931).

Jumentié et Chenet. — Chorée de Sydenham avec troubles organiques, (*Ibid.* p. 945.)

L.G. Simon et Crouzon. — Hémiplégie organique au cours de la chorée. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 novembre 1904.)

(7) Séglas. — De l'état mental dans les chorées (*Soc. clin. de méd. mentale de Belgique*, 1887.)

Breton. — De l'état mental de la chorée. (*Thèse Paris*, 1893.)

Bernstein. — Des symptômes psychiques de la chorée de Sydenham. (*Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, LIII, p. 4. 1896.)

Liebers. — Troubles choréiques dans les psychoses et les névroses. (*Fortschritte der Medizin*. 20 septembre 1909, p. 977.)

La température est toujours élevée, 39°2, le pouls rapide, 130.

Toute la journée elle demeure dans cet état. Le lendemain 11, elle sort de son sommeil, elle reste dans un calme absolu, ne présente aucune manifestation choréique, mais elle a des hallucinations visuelles : elle voit des gens par la fenêtre ; sa mère est là, à côté de la porte, etc. ; elle répond avec calme à ce qu'on lui demande, mais délire.

Elle ne sait ni où elle se trouve, ni qui lui parle, ni qui est venu la voir.

Même aspect les jours suivants ; on fait 10 cmc. de collargol le 13 ; la température a une légère tendance à baisser, mais l'état délirant est le même, les hallucinations sont auditives aussi bien que visuelles ; la malade entend des gens qui lui parlent du plafond, du mur, etc. On remplace l'antipyrine par le salicylate de soude (4 grammes).

Le 17, l'état délirant a disparu pour faire place à une obnubilation de plus en plus complète. La malade ne parle que très peu, ne paraît pas comprendre ce qu'on lui dit et ne fait que répéter les questions qu'on lui pose. Cet état s'accentue progressivement, les signes de catatonie apparaissent le 20 (attitudes cataleptiques, écholalie) et le 22 la malade est en complète stupeur catatonique (flexibilité cireuse, mutisme, immobilité stéréotypique, refus de nourriture, rétention des matières et des urines, puis gâtisme). La ponction lombaire est pratiquée à 2 reprises. Les deux fois il se produit une hémorrhagie qui gêne considérablement l'examen du culot. La numération des leucocytes donne un rapport de 40 polynucléaires contre 13 mononucléaires. Il existe en outre un certain nombre de grands leucocytes très altérés, en pleine chromatolyse, qui ne peuvent être identifiés.

Le 13 mars on avait pratiqué l'hémoculture en 6 ballons. L'un fut contaminé par le bacillus subtilis, un autre fournit du staphylocoque blanc, les 4 derniers restent stériles. L'examen du sang sur lames ne montre aucune particularité notable. L'état de stupeur catatonique dura jusqu'au 28. Durant ce temps, la température avait progressivement baissé jusqu'à atteindre 37° le 28. A partir de ce moment, la malade semble sortir de sa stupeur, elle ne gâte plus, obéit docilement aux ordres qu'on lui donne, mais offre toujours des manifestations cataleptiques nettes. Elle sait où elle se trouve, mais ne peut dire qui est venu la voir dans la journée. Les jours suivants, l'amélioration s'accentue, les signes de catatonie disparaissent ; le 4 avril, elle commence à travailler au crochet et fait preuve de beaucoup d'application.

Son état général s'améliore également de façon sensible. Elle passe de 36 à 38 kilos du 26 mars au 4 avril. Elle récupère bientôt toute son activité, elle va et vient dans la salle, lit, travaille, se montre d'une docilité exemplaire ; cependant à certains moments, elle devient silencieuse et triste. Ces périodes de tristesse s'accentuent vers le 20 avril, époque de ses règles. Durant quelques jours, elle a des crises de larmes, dit qu'elle s'ennuie, qu'elle est malheureuse, qu'elle devrait se tuer, tandis qu'à d'autres moments elle est gaie, parle raisonnablement. Jamais aucun signe démentiel n'a été noté dans ses propos, dans ses attitudes.

Nous pouvons résumer ainsi cette observation : jeune fille à lourde hérédité (tuberculeuse, syphilitique, mélancolique) faisant une crise de chorée aiguë grave ; cessation brusque des accidents choréiques remplacés par un syndrome confusionnel puis catatonique ; retour à l'état antérieur. Chez notre malade, la prédisposition psychopatique est donc évidente. Il est facile de prononcer le mot de dégénérescence ; mais cela suffit-il à expliquer les accidents observés ?

L'influence de l'infection est non moins apparente que celle de l'anomalie fonctionnelle. Il n'y a qu'à jeter les yeux sur la courbe thermique pour en être convaincu. Nous voyons la guérison accompagner la descente du thermomètre. Cette infection, quelle fut-elle ? Il est bien peu probable que le staphylocoque qui poussa dans l'une des cultures vienne réellement du sang. Quelle qu'elle soit, cette infection n'est pas douteuse. Est-elle spécifique de la chorée ? Malgré les expériences de Triboulet sur le chien, on ne peut qu'en douter. Il est plus simple d'admettre que du fait de la première attaque de chorée dans l'enfance, il existait une prédisposition que vint réveiller une infection quelconque.

Ainsi croyons-nous pouvoir comprendre la chorée, ou mieux les chorées aiguës : des troubles particuliers de la zone psychomotrice (1) développés sous l'influence réciproque d'un déséquilibre cérébral qui la prépare et d'une intoxication qui l'occasionne (2).

Toutefois le rôle de l'intoxication ou de l'infection n'est pas constant ; il peut être inutile (chorée des dégénérés) ou remplacé par une lésion organique (chorées organiques).

Réserve faite du nom que l'on voudra donner à ce déséquilibre mental qui prépare la chorée, cette conception est celle de Joffroy. Elle ne méconnaît nullement le rôle de l'infection, qui reste le fait capital, sinon pour la forme du symptôme « chorée », du moins pour l'évolution et la terminaison des accidents.

Nous pouvons considérer sous le même angle les troubles psychiques qui, chez notre malade, ont suivi les manifestations choréïques. Là encore l'infection fut le primum movens, mais elle eut besoin d'un terrain prédisposé pour développer les troubles confusionnels et catatoniques.

L'origine infectieuse se manifeste par le simple fait de la régression des troubles psychiques lorsque la température fut retombée à la normale.

La prédisposition psychopathique s'avère à l'étude des antécédents de la malade. Cette double action de l'infection et du terrain a été bien mise en évidence dans un article récent de M. Rémond et Voivenel, et c'est avec juste raison que ces auteurs distinguent la confusion mentale hallucinatoire (délire infectieux), l'état mental du choréique sans manifestations fébriles, les délires des choréiques (3).

Cependant, même lorsqu'il s'agit de la confusion hallucinatoire telle que l'a décrite Régis, il est difficile, étant donnée l'extrême fréquence de cet accident au cours de la chorée, de n'y pas voir le fait d'une prédisposition particulière. L'étude de la littérature est convaincante à cet égard. Nous nous bornerons ici à rappeler simplement les deux observations, toutes récentes, citées dans ce travail comme type de délire infectieux, l'une de Claude et Lhermitte, l'autre de Rémond et Voivenel (4). Dans la première, le sujet, qui mourut de septicémie, était un débile alcoolique ; dans la seconde, il s'agissait d'une jeune fille ayant présenté déjà des crises d'excitation et dont le père était alcoolique, une sœur internée.

Dans ces observations, il apparaît clairement que l'excitation atteint à la fois les fonctions psychiques et psychomotrices ; dans notre cas, au contraire, ce fut de la dépression que l'on observa, et ce qui fut très remarquable, c'est le brusque passage de la chorée au calme absolu. Du jour au lendemain, l'excitation fit place à la dépression, et la confusion hallucinatoire qui apparut alors prit un caractère de calme tout à fait particulier jusqu'au moment où la malade entra dans la stupeur la plus complète. On ne peut s'empêcher de comparer cette évolution à celle d'une psychose maniaque dépressive dans laquelle la pé-

(1) Swift. — Chorée, un syndrome non une maladie. (*American Journal of. mental science*, septembre, 1909, p. 396.

(2) Bienvenu. — Chorée toxique chez un prédisposé. (*Revue neurol.*, 1902, p. 289).

(3) Rémond et Voivenel. — Chorée aiguë et troubles psychiques. (*Presse médicale*, n° 15, 19 fév. 1910, p. 129.)

(4) Claude et Lhermitte. — Syndrome choréique avec troubles mentaux. (*L'Encéphale*, IV, 21 10 févr. 1910, p. 363.)

Rémond et Voivenel. — Délire aigü avec syndrome choréique et mort subite. (*Annales médico-psychologiques*, nov.-déc. 1907.)

✦

riode d'excitation aurait atteint seulement les fonctions psychomotrices. Si l'on se rappelle les crises cycliques de mélancolie qu'a présentées le père, cette comparaison prend une valeur singulière et montre bien quelle part prend la constitution du sujet au développement de ces phénomènes.

La confusion mentale avec stupeur a d'ailleurs été déjà observée dans la chorée. Régis, Rousseau, en rapportent des exemples (1). En outre, Rémond et Lagriffe ont observé la chorée chez des déments précoces (2). L'observation de notre cas nous invite ainsi à examiner le caractère catatonique qu'offrit la stupeur de la malade.

La conception de la catatonie, entité morbide, que soutint Kahlbaum, est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée (3), mais tout en n'accordant pas à la catatonie la valeur d'une individualité clinique, un grand nombre d'auteurs tendent à en faire un syndrome caractéristique d'une des formes de la démence précoce, telle que la comprend Kræpelin, et la distinguent des états catatoniques que l'on rencontrerait dans l'hystérie, la mélancolie, etc.

Cette distinction est-elle absolument légitime ? Déjà Kahlbaum avait remarqué que la catatonie pouvait avoir une évolution heureuse ; Ziehen, Schott, Morselli. Tamburini, ont établi à côté de la démence catatonique une psychose catatonique aiguë (4). Ils se sont attachés, il est vrai, à donner pour ces deux psychopathies des signes distinctifs, mais ces signes se résument après tout dans la constatation d'un état démentiel dans un cas et non dans l'autre. Le syndrome catatonique, en lui-même n'y apparaît pas différent.

En ce qui concerne notre malade, durant une semaine, il fut impossible de la distinguer au premier aspect d'une démente précoce, et ce n'est que par la connaissance de la chorée antérieure, la fièvre, l'allure aiguë des accidents, que nous pûmes dès l'emblée porter un pronostic favorable.

L'examen de notre cas nous incite donc à n'accorder à la stupeur catatonique que la valeur d'un syndrome (5).

Ce syndrome demande sans nul doute, pour se constituer, un terrain psychopathique et c'est pourquoi nous le voyons accompagner ou suivre l'épilepsie (6), les convulsions hystériques, la chorée, la psychose maniaque-dépressive (7), la démence précoce, etc. Les infections et les intoxications peuvent jouer pour lui le rôle de cause occasionnelle (8) au même titre que les démences organiques.

C'est du moins la conclusion qui semble se dégager de l'observation que nous rapportons. Chorée, confusion mentale, catatonie, y apparaissent comme des épisodes successifs d'une même infection ; et l'on doit s'attendre, étant donnée la constitution du sujet, à ce qu'ils apparaissent de nouveau au cours de toute autre infection ou intoxication qui pourrait survenir ultérieurement.

(1) Régis.— Précis de psychiatrie, 4e édition, 1909.
Rousseau.— Nature des psychoses choréiques. Thèse de Bordeaux.
(2) Remond et Lagriffe.— *Annales médico-psychologiques*, VII, 1908.
(3) Séglas et Chaslin.— La catatonie (*Archives de neurologie* 1889, n° 44,45, 46.
(4) Morselli.— Sur l'autonomie de la psychose catatonique aiguë relativement à la démence précoce catatonique. (*Riv. sperim. di frenialria*, XXXIV, fasc. 3-4 p. 168.)
Tamburini.— Sur la démence primitive. (Cong. internat. de Budapest 1909).
Victoria. — Stupeur catatonique aiguë. (*Rev. frenopatice espanola* n° 72, déc. 1903, p. 354.
(5) Patini et Madia.— Contribution clinique et critique à l'étude de de la catatonie. (*Annali di nevrologia*. XXI,5-6,1903, p. 412.)
(6) Nouet et Trepsat.— Apparition simultanée du syndrome catatonique et de l'épilepsie chez le même malade. (*Revue neurol.* n° 23, 15 déc. 1909, p. 1460.)
(7) Séglas.— Une observation de mélancolique cataleptique. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1889.)
(8) Claude et Rose.— Etude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type de la démence précoce. (*Soc. de psychiatrie*, nov. 1908. *Encéphale*, n° 12.)

Note sur un cas de grossesse prolongée,

Par Mme BACHAS (de Toulon), sage-femme.

Mme X., 20 ans, réglée à 13 ans, et depuis avec la plus grande régularité.

Mariée le 22 avril 1909, elle a ses règles le 29 avril à leur date normale. Ce sont ses dernières règles.

Dès les premiers jours de juin, les signes de grossesse sont manifestes avec nausées et vomissements.

Les premiers mouvements sont perçus le 20 septembre, c'est-à-dire 4 mois 1/2 après le début probable de la grossesse.

A la fin d'octobre, fin du 6e mois, perte de liquide amniotique en grande quantité. Repos, lavements laudanisés. L'écoulement semble ne durer que quelques jours. Le fœtus ne paraît pas avoir souffert.

Tout concordait pour prévoir l'accouchement vers le 1 février. Cette date passe et l'accouchement n'a lieu que le 22 mars, c'est-à-dire plus de dix mois après le début probable de la grossesse. Accouchement normal, mais sans aucun écoulement de liquide.

L'enfant, du sexe masculin, est en état de mort apparente.

Ranimé au bout d'1/4 d'heure, il est dans un état de maigreur effrayante, et sa peau est macérée par places, se détachant en lambeaux longs de plusieurs centimètres. Il mesure 57 c. et pèse 3 k. 500.

En se basant sur le début probable de la grossesse, sur le début des mouvements du fœtus, et sur la mensuration à la naissance, ne peut-on pas conclure à une grossesse prolongée de 40 jours environ ? Ne peut-on pas se demander également quel rôle a pu jouer dans cette prolongation l'absence de liquide amniotique ?

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Crânes présentant une soudure de l'atlas due au torticolis.

On rencontre parfois dans les musées des crânes d'adultes soudés avec leur atlas, ce dernier os étant atrophié et déplacé sans qu'on puisse relever trace d'inflammation. On ne confondra pas cette soudure avec celle qui s'opère sans déplacement ni atrophie de l'atlas et qui offre des altérations rhumatismales. R. Colombus et Morgagni, au XVIIIe siècle, mentionnaient déjà cette dernière (1). La soudure de l'atlas avec atrophie et déplacement de cet os, plus rare, fut signalée pour la première fois par M. Mouchotte (2), qui la regarda comme une anomalie congénitale. Je reconnus sur le crâne qu'il présentait un déplacement de l'atlas qui en indiquait l'origine pathologique et, en 1900, j'étudiai quatre pièces semblables (3). En 1901, mon ami, M. Apert, porta sur un nouveau crâne (Voir figure 1) le même diagnostic (4).

(1) D'après les renseignements de mon ami et savant anatomiste le professeur Le Double.
(2) M. Mouchotte,— *Fusion congénitale totale de l'occipital et de l'atlas.* (*Bull. de la Soc. anat.* 1899 p. 873, et 1900, p. 735.)
(3) Félix Regnault. — *Fusion congénitale partielle de l'occipital et de l'atlas.* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1900, pages 3, 691 et 1049.)
(4) Apert. — *Fusion de l'occipital et de l'atlas.* (*Bull. Soc. anatom.*, 1901, page 58).

Depuis cette époque, j'ai trouvé des crânes semblables, tous provenant de sujets adultes, aux musées anatomiques de Berlin, de Wurtzbourg, de Berne, de Bruxelles. Je possède actuellement les observations de quinze crânes présentant un atlas soudé, atrophié et déplacé, ce qui me permet de faire la description et de rechercher la cause de cet état pathologique.

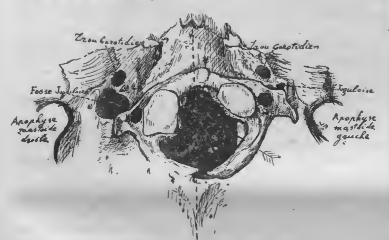


Fig. 1. — Déplacement et soudure de l'atlas.
Crâne étudié par M. Apert.

I. Soudure. — L'atlas, dans sa portion soudée, fait corps avec l'occipital sans présenter trace d'inflammation. Le plus souvent, la soudure est plus complète sur une moitié de cet os. Il arrive (crâne de M. Mouchotte) qu'elle soit presque totale. Les articulations atloïdo-axoïdiennes étaient intactes, sauf sur un crâne du musée anatomo-pathologique de Berne, où elles étaient soudées.

II. Arrêt de développement. — L'atlas n'est point complètement ossifié. Dans neuf cas, sur quinze, les deux branches de l'arc postérieur étaient séparées par un large intervalle ; celui-ci atteignait douze millimètres sur le numéro KI, 12 du musée de Berne. Sur cette dernière pièce seule, les deux branches de l'arc antérieur étaient restées distinctes n'ayant qu'un simple contact. (Voir figure 2).

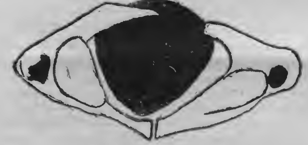


Fig. 2. — Atlas soudé. Pièce du musée de Berne, n° KI, 12.
Les 2 branches antérieures de l'atlas sont en contact et non soudés ; les deux branches de l'arc postérieur sont distantes de 12 mm.

III. Atrophie dans le sens vertical. — L'atlas a des dimensions antéro-postérieures et transversales normales, bien proportionnées au crâne auquel il appartient. Mais il est atrophié suivant sa hauteur. L'amincissement porte surtout : 1° sur la masse latérale qui s'est éloignée de l'apophyse mastoïde correspondante ; 2° sur les deux branches de l'arc postérieur, dont les extrémités sont appointies.

IV. Déplacement. — L'atlas est déplacé latéralement ; son tubercule antérieur est en dehors de la ligne médiane et du tubercule pharyngien de l'os basilaire. Sur plusieurs pièces, l'atlas n'est séparé que par quelques millimètres d'une des apophyses mastoïdes. L'une de ses masses latérales obture partiellement le trou occipital. La moitié de l'atlas qui s'est éloignée de l'apophyse mastoïde correspondante est la plus largement soudée à l'occipital. La masse latérale qui s'est rapprochée de l'autre apophyse mastoïde peut obturer la fosse jugulaire d'où diminution de cette dernière (Voir figure 1).

V. Déformations du crane. — A l'examen du crâne, on relève les déformations du torticolis chronique, à savoir, du côté où l'atlas s'est éloigné de l'apophyse mastoïde :

1° Une apophyse mastoïde dense, longue, à extrémité appointie, tandis que l'autre apophyse est peu dense, gonflée, pneumatique.

2° Une empreinte ou dépression de l'occipital, produite par la masse latérale de l'atlas ; cette empreinte est très forte sur le crâne KI, 11 du musée de Berne. Sur plusieurs pièces, la portion de l'os basilaire correspondant à l'empreinte fait saillie dans l'endo-crâne sous forme de tubercule exoccipito-basilaire ; celui-ci n'existe pas de l'autre côté où l'impression ne s'est point produite. Sur quelques pièces, notamment sur le n° 10601 du musée Virchow à Berlin, le crâne s'étant incliné davantage en avant, l'apophyse basilaire a subi tout entière l'empreinte de l'arc antérieur de l'atlas.

3° Du même côté, la boîte crânienne est moins haute et plus large : à l'intérieur, la fosse cérébelleuse correspondante est plus large ; à l'extérieur, l'apophyse mastoïde est plus éloignée du basion (on appelle ainsi le point médian antérieur du trou occipital) (1).

***

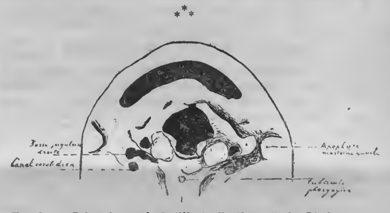


Fig. 3. — Crâne du musée de l'Ecole d'anthropologie. L'atlas est soudé, déplacé vers l'apophyse mastoïde gauche ; ses deux branches postérieures sont restées séparées.

Ces données anatomiques expliquent le mécanisme de la lésion. Le torticolis musculaire, en inclinant la tête, a comprimé l'atlas du côté abaissé, a déplacé cette vertèbre vers la partie du cou opposée à la contracture, a atrophié dans le sens vertical la portion comprimée par l'abaissement du crâne et l'a enfin soudée à l'occipital. Le torti-

(1) J'ai montré que, dans le torticolis chronique, le crâne n'était point, comme on l'admettait, atrophié du côté déclive, mais que la diminution de hauteur était compensée par une augmentation de largeur. Voir les *déformations cranio-faciales consécutives aux déviations cervicales. Travaux de neurologie chirurgicale.* Paris, 1899, p. 151.

colis a dû se produire au début de la vie, car l'atlas a été arrêté dans son développement ; sur plusieurs pièces, les deux branches de l'arc postérieur, sur une pièce, les deux branches de l'arc antérieur étaient séparées. Or les premières s'unissent vers cinq, les secondes, vers deux ans. De plus, les extrémités des branches de l'arc postérieur étaient minces, appointies, alors que, sur le nouveau-né normal, elles sont déjà larges et épaisses.

Doit-on en conclure qu'il s'agit d'un torticolis congénital ? Il n'en existe que peu d'exemples dans la science. Il s'agirait plutôt d'un torticolis survenu dans les premières années de la vie qui a amené la résorption des parties encore cartilagineuses de l'atlas, la soudure de cet os à l'occipital, son atrophie en hauteur (d'où l'appointissement des extrémités des branches de son arc postérieur), tout en permettant le développement de l'os dans le plan transversal, développement qui a augmenté l'écart des deux branches de l'arc postérieur.

CONCLUSION. — Les crânes présentant une soudure de l'occipital et de l'atlas avec déplacement de ce dernier os offrent des lésions spéciales, déplacement latéral de l'atlas, atrophie en hauteur, plus marquée sur la moitié de cet os qui s'est éloignée de l'apophyse mastoïde correspondante, etc., lésions qui sont dues à un torticolis qui a débuté dans les premières années de la vie. Ces crânes d'adultes nous montrent donc l'anatomie pathologique encore mal connue des troubles consécutifs au torticolis chronique de l'enfance. Félix REGNAULT.

UROLOGIE PRATIQUE

Recherche, caractérisation, dosage des matières protéiques dans l'urine ;

Par L. DEVAL,
Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris

La présence des matières protéiques dans l'urine a une importance clinique considérable. Avant d'étudier les méthodes de recherche et de dosage de ces éléments, nous donnerons un aperçu rapide de leur classification.

Classification.

Les matières protéiques constituent la partie essentielle des tissus vivants, elles doivent leur nom à la facilité avec laquelle elles se transforment sous les influences les plus diverses. L'analyse élémentaire y décèle la présence constante du carbone, de l'oxygène, de l'azote et de l'hydrogène :

50 à 55 pour 100 de carbone ;
21 à 24 pour 100 d'oxygène ;
15 à 17 pour 100 d'azote ;
6,5 à 7,5 pour 100 d'hydrogène ;

Très souvent on observe en outre la présence du soufre, plus rarement du phosphore, du fer, du cuivre, de l'iode, du brome, de l'arsenic.

Le poids moléculaire est très élevé, il varie d'après les auteurs de 6.000 à 15.000 pour l'ovalbumine. La constitution exacte de la molécule n'est pas connue ; cependant l'hydrolyse méthodique (par les acides, les alcalis, les bactéries) a permis de détacher de cette molécule un certain nombre de composés bien définis :

Des acides monoaminés (mono ou bibasiques) : glycocolle, alanine, acides aspartique, glutamique, etc.
des acides diaminés : arginine, lysine, histidine ;
des dérivés cycliques : tyrosine, phénylalanine ;
des dérivés sulfurés : cystine, tryptophane ;
des dérivés pentosiques : glucosamine ;

Ces substances nous intéressent parce que c'est à la présence de certaines d'entre elles qu'il faut rattacher la production des réactions colorées dont nous aurons à parler.

A un autre point de vue, Fischer, poursuivant l'étude des matières protéiques, est arrivé à obtenir par synthèse des peptides contenant 22 restes d'acides amidés.

Ces notions permettent d'établir les 4 groupes suivants : protamines, protéines, protéides, protéoïdes, classés par ordre de complication croissante de la molécule.

Les PROTAMINES retirées de la laitance des poissons ne donnent par hydrolyse que de l'arginine, un acide amino-valérianique, de la lysine et de l'histidine. Elles n'ont pour nous qu'un intérêt documentaire.

Les PROTÉINES hydrolysées complètement fournissent la série des dérivés organiques que nous avons énumérés plus haut.

Elles comprennent les *albumines* et les *globulines*. Ce sont les plus importantes pour nous ; elles se trouvent fréquemment dans l'urine avec les premiers produits de leur hydrolyse ménagée : *Alcali-protéine*, *acide-protéine* (syntonine) — *protéoses* (albumoses primaires et secondaires, hétéro et pro-protéoses) — *peptones*.

Les PROTÉIDES se dédoublent par hydrolyse en une *protéine* et un *groupe non protéique*, la nature de ce dernier permet d'établir une subdivision :

Les *phospho-protéides* comprenant les nucléo-protéides, les pseudo-nucléo protéides (caséine) les lécithoprotéides (vitelline.)
Les *gluco-protéides*, (mucine, pseudo-mucine) ;
Les *ferro-protéides* (hémoglobine) ;
Les *cupro-protéides* (hémocyanine).

L'hémoglobine et une nucléo-protéide peuvent se rencontrer dans l'urine. La mucine, la pseudo-mucine, la caséine, ne peuvent avoir qu'une origine extra-urinaire.

Les PROTÉOIDES sont mal définies ; elles se rapprochent par certaines propriétés des corps précédents, mais ne peuvent rentrer dans aucun des trois premiers groupes, ce sont les collagènes, kératines, spongine, chitine, etc., sans intérêt pour nous.

Réactions générales.

L'hydrolyse des matières protéiques est une opération longue et délicate, à laquelle il n'est pas permis de songer dans la pratique courante. Les réactions auxquelles on s'adresse pour identifier les protéiques sont des réactions de coloration et de précipitation.

Les réactions de coloration sont dues à l'action des réactifs sur certains groupements existant dans la molécule, aucune n'est absolument caractéristique.

Les réactions de précipitation permettent d'isoler la molécule protéique, et sur la matière ainsi purifiée, il devient possible de répéter plus sûrement les réactions caractéristiques, solubilisation, précipitation, coloration.

Précipitation.

I. — La précipitation des matières protéiques peut se faire par simple addition de sels neutres à la liqueur. Les protéiques sont insolubilisées sans avoir subi de modification apparente. On peut les recueillir et les redissoudre dans l'eau ou une liqueur appropriée. L'action des sels

neutres est très bien connue, on sait pour chacun des sels la proportion nécessaire pour provoquer le début de la précipitation, et la précipitation totale quand elle est possible.

On a constaté par exemple que la précipitation des globulines avait lieu avant celle des albumines. Nous retiendrons surtout l'action du sulfate de magnésie et du sulfate d'ammoniaque.

Le sulfate d'ammoniaque à saturation précipite toutes les matières protéiques à l'exception des peptones.

II. —L'alcool insolubilise certaines matières protéiques, mais plus ou moins complètement ; quand le contact n'est pas trop prolongé, la substance protéique n'est pas altérée et peut se redissoudre dans l'eau ; après un séjour plus ou moins long dans l'alcool, il y a coagulation véritable la matière précipitée ne peut plus se redissoudre dans l'eau.

III.— La chaleur rend insolubles beaucoup de protéiques. Très souvent il y a coagulation. Le phénomène est sous la dépendance de plusieurs facteurs dont les variations en modifient l'allure d'une façon complète ; ce sont : la *température*, la *concentration saline*, la *réaction* de la solution. On sait par, exemple, qu'une solution neutre d'ovalbumine dialysée longtemps pour enlever tous les sels ne se coagule plus par la chaleur, ni par l'alcool.

IV.— Beaucoup de réactifs donnent avec les protéiques des composés insolubles, ce sont des acides minéraux et organiques, des sels métalliques, des composés organiques.

Un certain nombre de ces réactifs sont fréquemment employés, nous citerons parmi les principaux : les acides nitrique, métaphosphorique, phospho-molybdique, phosphotungstique, silico- tungstique, trichloracétique, le ferro-cyanure de potassium, les iodures doubles de potassium et de mercure, de potassium et de bismuth, les sels de plomb, de fer, de cuivre, d'argent, de mercure, d'urane — le phénol, l'acide picrique, le tanin.

Coloration.

I. La réaction de coloration la plus générale est celle du *biuret*. Les protéiques en solution alcaline (soude caustique) donnent avec une trace de sulfate de cuivre une coloration variant du violet au rose. La couleur se rapproche du violet avec les albumines et globulines et du rose pur avec les peptones ; les syntonines et albumoses donnent des nuances intermédiaires. Le biuret ou amide allophanique provenant de l'action de la chaleur sur l'urée donne cette même réaction qui, par conséquent, n'est pas caractéristique.

II. Le réactif de *Millon* (azotite de mercure) donne avec les protéiques une coloration rouge due à la fonction phénol du groupe tyrosine. La coloration se fait à froid plus lentement qu'à chaud et réussit aussi bien avec les protéiques solides que dissoutes. Cette réaction caractérise la fonction phénol existant dans la molécule.

III. L'acide azotique, lentement à froid, rapidement à l'ébullition, colore en jaune les matières protéiques ; les alcalis font virer au rouge la coloration. C'est la réaction *xantho-protéique* ; elle est due aux groupements aromatiques indol et scatol.

IV. La réaction *d'Adamkiewicz* donnée par le tryptophane s'obtient en mélangeant la solution albumineuse avec une solution d'acide glyoxylique, et ajoutant de l'acide sulfurique on obtient une coloration rouge plus ou moins violacée.

V. L'acide chlorhydrique concentré fournit à l'ébullition une coloration violet bleu.

Les indications très succintes qui précèdent vont nous permettre d'étudier les quelques réactions nécessaires pour la caractérisation et le dosage des matières protéiques dans l'urine.

Recherche des matières protéiques dans l'urine.

Les protamines et les protéoïdes n'ont pas été signalées dans l'urine. Il est donc inutile d'envisager le problème au point de vue général, tout à fait invraisemblable de la présence dans l'urine d'une matière protéique quelconque.

Parmi les protéides, deux seulement peuvent se trouver dans l'urine : *l'hémoglobine* dans le cas d'hémoglobinurie ou d'hématurie, une *nucléo-protéide* dans les urines purulentes. La mucine vraie qui existe dans la salive, la pseudo-mucine des kystes de l'ovaire, la caséine du lait, ne peuvent se rencontrer dans l'urine qu'après le mélange de celle-ci avec la salive, le liquide kystique ou le lait. Nous n'envisagerons pas ces éventualités.

Les protéines nous fournissent par contre toute une série d'éléments anormaux fréquents dans les urines pathologiques, ce sont : la *sérine* et la *globuline* du sérum, leurs produits de transformation, *alcali* et *acide protéine*, *protéoses*, (ou albumoses) *peptones*, enfin l'albumine *acéto-soluble* de Patein, les *albumines de Bence Jones.*

Les réactifs indiqués pour caractériser les matières protéiques sont nombreux ; nous nous abstiendrons de les énumérer tous, d'autant que pas un seul d'entre eux employé isolément ne peut donner de résultat absolument certain. Nous ne pouvons pas être surpris de cette incertitude en songeant à la fois à la complexité des protéiques et aux dégradations insensibles qui souvent permettent de passer de l'une à l'autre.

Nous laisserons donc de côté les réactifs dit spécifiques, ne donnant des résultats intéressants qu'entre les mains de ceux qui en connaissent parfaitement les avantages et inconvénients.

L'action de :

1° l'acide acétique à froid,

2° de l'acide azotique à froid,

3° de la température de 100° sur une urine acidifiée et saturée de sulfate de soude,

4° la réaction du biuret,

suffisent pour établir avec certitude la présence de matières protéiques ou leur absence.

Mode opératoire. L'urine doit être limpide ; on filtrera donc avec soin, en rejetant sur le filtre jusqu'à ce que le liquide soit d'une limpidité parfaite. Cette précaution est indispensable ; aussi est-il préférable d'opérer sur une urine très fraîchement émise ou conservée à la glacière depuis l'émission, la fermentation étant la principale cause de trouble persistant. Les sédiments minéraux, les cellules épithéliales, sont facilement arrêtés par le papier ; il n'en est pas de même des micro-organismes de fermentation.

Quand on la pourra faire, une centrifugation puissante donnera de bons résultats.

L'urine absolument limpide est placée dans un verre à expérience ; on en prélève quelques gouttes avec une baguette pour connaître la réaction au papier de tournesol sensible.

1° *L'urine est alcaline.* On la neutralise exactement avec de l'acide acétique dilué au $\frac{1}{10}$ en présence du tournesol. Un précipité indique la présence *d'alcali-albumine.*

2° *L'urine est acide.* On la neutralise exactement avec une solution de carbonate de soude au $\frac{1}{10}$ en présence de tournesol.

Un précipité peut se faire, dû à de l'*acide albumine* ou à de l'*albumine acéto-soluble.*

3° L'urine neutre naturellement ou neutralisée comme il vient d'être dit, et filtrée, est *acidifiée* par de l'acide acétique cristallisable dans la proportion de 1 gr. pour 1000.

Un nouveau précipité peut apparaître dû à une *nucléo-albumine* ou bien à la *pseudo-albumine*.

Nous avons éliminé de nos recherches la mucine, la pseudo-mucine et la caséine d'origines étrangères à l'urine.

4° L'urine, filtrée après l'essai précédent s'il y a lieu, est placée dans un tube à essai ; on ajoute à la partie inférieure du tube sans mélanger à l'urine 2 ou 3 cmc. de *NO^3 H pur* au moyen d'une pipette très effilée. On laisse en contact à froid et on observe au bout de quelques minutes. Dans ces conditions, l'acide azotique peut précipiter avec les matières protéiques, l'urée, l'acide urique, la pseudo-albumine. Les précipités apparaissent sous forme d'anneaux dans l'urine et sont plus ou moins éloignés de la surface de séparation de l'acide et de l'urine.

L'urée donne un précipité cristallisé d'azotate d'urée au contact même de l'acide azotique ; son aspect cristallin le différencie nettement ; il n'apparaît qu'avec des urines très riches en urée (30 gr. par litre et plus).

Les urates, quand ils sont abondants donnent un anneau blanc jaunâtre d'acide urique micro-cristallin ; la face inférieure de cet anneau s'établit à une petite distance de la surface de séparation de l'acide et de l'urine, la face supérieure est mamelonnée.

On élimine facilement ces deux causes d'erreur en diluant l'urine avec 1 ou 2 parties d'eau.

Les protéiques donnent un anneau blanc à faces supérieure et inférieure nettes et se formant exactement au contact de l'acide.

La pseudo-albumine produit un anneau beaucoup moins dense, plus flou, surtout à la partie supérienre et toujours situé à 5 à 10 millimètres de la surface de contact de l'acide et de l'urine. Quand les deux corps (albumine et pseudo-albumine) coexistent il y a un espace limpide entre les deux anneaux.

L'anneau dû à l'acide azotique étant identifié avec celui des protéiques indique la présence de :

Sérine, globuline ;
Alcali ou *acide albumine* ;
Albumose ;
Albumine acéto-soluble :

Nous indiquons de nouveau alcali et acide albumine, albumine acéto-soluble, parce que la séparation complète est un peu délicate ; on peut donc les retrouver dans les filtrats d'une opération rapidement faite.

5° L'urine acidifiée par 5 à 6 pour 1000 d'acide acétique et saturée de sulfate de soude est portée à l'ébullition dans la partie supérieure du tube seulement. Ou mieux encore on prépare deux tubes à moitié remplis : l'un est porté au bain-marie bouillant pendant 20 minutes ; l'autre sert de point de comparaison pour apprécier l'intensité du trouble qui a pu se produire à chaud. Un trouble ou un précipité floconneux ou grumeleux indique la présence de :

Sérine, globuline ;
Alcali ou *acide albumine* ;
Albumine acéto-soluble ;
Pseudo-albumine.

Les *albumoses* précipitent pendant le refroidissement et se redissolvent à chaud ; elles ont du reste été retenues en grande partie sur le filtre après saturation par SO^4Na^2 en présence d'acide acétique. Dans tous les cas on fera la réaction du biuret sur le filtrat provenant de cette opération. Si la réaction est négative il n'y a pas d'autres matières protéiques ; si la réaction est positive il y a lieu de chercher les peptones.

6° L'urine est saturée de sulfate d'ammoniaque et bouillie quelques instants puis filtrée, on peut également déféquer par l'acétate ferrique à l'ébullition. Le filtrat obtenu ne peut plus renfermer que les peptones. Si la liqueur n'est pas trop colorée on ajoute quelques gouttes de soude caustique et quelques gouttes d'une solution diluée de sulfate de cuivre ; une coloration rose violacé indique la présence de peptone.

Si le liquide déféqué possède une teinte foncée on l'additionne de tanin acétique qui précipite les peptones, on recueille le précipité par centrifugation ou décantation et on le traite par la soude et SO^4Cu.

Résumé. — Dans la plupart des cas, l'urine neutralisée (1) (2), puis acétifiée (3) ne précipite pas. Si *l'acide azotique à froid* (4) *donne un anneau caractéristique*, que *l'acide acétique et le sulfate de soude à saturation donnent à l'ébullition un précipité floconneux* (5), il y a lieu de conclure à *l'existence d'une protéine urinaire*. Si la réaction du biuret est positive sur le filtrat de (5) on déféquera l'urine très exactement (6) pour refaire la réaction du biuret avant de conclure à la présence de peptones.

Nous étudierons dans un prochain article la caractérisation et le dosage des différentes matières protéiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1910

Ulcères ronds expérimentaux. — ***M. Lœper***, en injectant dans les veines des animaux des quantités variables de suc gastrique ou des macérations de muqueuse de porc, a pu réaliser des hypersécrétions très considérables avec digestion complète du contenu gastrique, des érosions discrètes et des ulcères véritables. Dans un cas il y avait deux perforations avec digestion de la muqueuse gastrique et destruction des vaisseaux. Au point de vue histologique, ces ulcères sont, comme les ulcères chez l'homme, taillés à pic, mais il n'y a aucune trace d'inflammation.

La glycérine chez l'individu normal et chez le diabétique. — MM. ***Gilbert*** et ***Baudoin*** ont étudié cette question. Chez l'individu normal une alimentation d'albumine et de graisse n'augmente pas le sucre du sang qui reste à 1.25 ; une alimentation hydrocarbonée augmente cette glycérine normale de 0.25. Chez les diabétiques légers, cette augmentation est de 1.20 et beaucoup plus élevée dans les diabètes graves.

Action du radium dans la profondeur. — ***MM. Wickham et Degrais*** ont trouvé que cette action s'exerçait encore à une profondeur de 9 cm. et que cette action était élective sur la cellule cancéreuse.

Réactions rachidiennes postsérothérapiques au cours de la méningite cérébrospinale. — ***MM. Sicard et Polin*** : les réactions diapédétiques du liquide céphalorachidien consécutives à l'injection lombaire de sérum antiméningococcique peuvent, au début de la convalescense, chez certains sujets et à certaines doses, donner lieu à accidents sérieux (réapparition des signes généraux et locaux), il faut donc être parcimonieux et les faire à bon escient.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1910

De l'appendicite traumatique. — ***M. Picqué.*** — L'appendicite traumatique existe-t-elle ou non ? Telle est la question qui se pose à nous. En Allemagne, certains chirurgiens y répondent par l'affirmative. La plupart de nos collègues, d'après leurs propres déclarations, n'en ont jamais observé. Moi-même dans le rapport que je vous ai présenté à propos de l'observation de M. Abadie, j'ai dit que je ne croyais pas à l'existence de l'appendicite traumatique. Notre collègue M. Guinard est de l'avis contraire. Pour qu'il y ait appendicite traumatique vraie il faut, nous a-t-il déclaré, que l'appendice soit vide et sain au moment du traumatisme. C'est là chose difficile à vérifier. Il n'existe pas de preuves anatomopathologiques.

J'ai dit qu'une appendicite pouvait rester silencieuse et M. Guinard m'a objecté qu'alors on ne devrait pas parler d'appendicite, car il n'y a pas en ce cas de maladie. J'ai voulu dire que ces appendicites ne s'étaient pas manifestées par les signes de l'appendicite aiguë, mais seulement par quelques-uns de ces petits signes qui peuvent aisément prêter à confusion avec une autre maladie quelconque.

Peut-être pourrait-on invoquer le traumatisme dans la pathogénie de certains cas comme celui que nous a cité M. Delorme, dans lequel il y eut formation d'un petit abcès, lequel peut être la conséquence du traumatisme et donner ultérieurement naissance à une appendicite.

M. *Michaud.* — L'opinion de M. Guinard ne me paraît pas devoir être rejetée systématiquement. Je vous citerai à ce propos le cas suivant : un commissaire de police reçoit de multiples contusions. Huit jours après, et alors qu'il n'avait auparavant présenté aucun symptôme pathologique, il présente tous les signes classiques d'une appendicite aiguë. Je la laissai refroidir et enlevai l'appendice au bout de six semaines environ. Je ne constatai, d'ailleurs, à ce niveau aucune trace de traumatisme. Je pourrais citer deux autres cas très analogues.

M. *Quénu.* — Pour ce qui est des appendicites qui restent silencieuses, il faudrait toujours confirmer ou infirmer le diagnostic par l'examen histologique. Quant à la douleur, c'est un signe d'une valeur secondaire car elle existe dans bien d'autres maladies.

M. *Mauclaire.* — Je crois qu'un traumatisme de la fosse iliaque droite peut provoquer des lésions vasculaires de l'appendice et secondairement une appendicite.

Hystérectomie subtotale et cancer du col. — M. *Chaput.* — Dans la discussion qui a suivi la communication que je vous ai faite et dans laquelle je déclarai que l'hystérectomie subtotale hâtait le développement du cancer et indiquai un moyen d'y remédier, il a été rapporté ici plusieurs cas qui, joints à ceux déjà publiés, arrivent à un total de 69 cas, chiffre certainement inférieur à la réalité, car nous ne revoyons pas toutes nos opérés.

Lorsque j'ai dit que la subtotale hâtait le développement du cancer, j'avais, bien entendu, dans l'esprit que le cancer existait déjà au moment de l'opération mais qu'il était resté insoupçonné.

Or, la discussion me semble démontrer que ces faits ne sont pas très rares et dans ces conditions il me paraît préférable de faire l'hystérectomie totale ou d'employer le procédé que je vous ai indiqué.

Abcès péritonitique anté-utérin. — M. *Potherat.* — Pour faire suite au rapport que nous a présenté M. Lejars dans la dernière séance (V. *Progrès Médical* du 9 juillet, p. 390), je vous citerai quatre observations que j'ai recueillies chez des malades âgées de 17 à 42 ans. L'une, la plus jeune, avait un gros abcès plein de pus fétide, avec, à côté, l'appendice malade. Dans deux autres cas, les abcès s'accompagnaient d'ovarite suppurée, point de départ probable des abcès. Chez la 4e enfin, l'origine de l'abcès paraissait être une perforation utérine.

J'ai vu aussi chez un jeune garçon de 16 ans se développer, quelques mois après une appendicectomie, un abcès fétide sus-pubien, et ce cas me paraît pouvoir être rapproché des précédents.

Dans tous ces cas, le point de départ de l'abcès était autre que l'intestin. Dans le fait qui a été la base du rapport de M. Lejars, il n'est d'ailleurs pas démontré que les ovaires fussent vraiment sains car leurs lésions ne sont pas toujours constatables à la vue.

En outre, trouver une anse intestinale rouge et enflammée au voisinage de l'abcès ne prouve pas que cette anse soit le point de départ du foyer purulent. Et l'odeur fécaloïde du pus ne permet pas d'affirmer que l'intestin a été réellement malade.

M. *Souligoux.* — J'ai vu deux cas d'abcès sus-pubien. Dans le premier, qui formait une tumeur considérable, les ovaires étaient sains et la poche adhérait à l'intestin. Dans le second, la malade avait une vaste collection qui communiquait avec le rectum, lequel était le siège d'un rétrécissement haut situé.

Rupture pathologique du tendon d'Achille. — M. *Sieur.* — M. Venderbooch nous a communiqué l'observation d'un homme de 44 ans, syphilitique depuis 20 ans, lequel fait un violent effort au cours d'une leçon d'escrime et ressentit une vive douleur dans le mollet droit.

Au bout de deux jours, apparut à ce niveau une ecchymose. La marche fut possible les premiers jours, puis la douleur apparut avec de la contracture, et la marche ne fut plus possible qu'en rampant. M. V...., qui vit le malade à ce moment trouva une tuméfaction au niveau du collet puis, à 3 cent. au-dessus du calcaneum, une dépression répondant à une rupture du tendon d'Achille.

M. V. crut bon d'intervenir. Il découvrit un foyer d'apparence gommeuse qu'il nettoya et évacua, et sutura les deux bouts du tendon d'abord débridés en accordéon.

Une attelle plâtrée antérieure immobilisa le pied.

Au bout de six semaines, le blessé qui avait été mis au traitement spécifique, put se lever et commencer à marcher avec des béquilles.

On peut se demander si en pareil cas le traitement spécifique à lui seul n'eût pas pu suffire à donner la guérison.

M. *Schwartz.* — J'ai observé un cas analogue, dans lequel le traitement spécifique suffit à guérir le malade. Le tendon s'était rompu dans un faux pas fait en descendant un escalier. Je trouvai ce tendon rompu et, en outre gros, infiltré. Je songeai à la syphilis, qui me fut avouée. L'extension forcée jointe à l'iodure à haute dose donnèrent un résultat parfait.

M. *Mauclaire.* — J'ai opéré deux ruptures du tendon d'Achille chez des sujets non syphilitiques et le résultat fut bon dans les deux cas.

M. *Lefort* (de Lille) communique 1° une observation de *luxation congénitale double du fémur* chez un enfant de 6 ans.

2° Une observation de tumeur de la région sacro-coccygienne chez un homme de 55 ans.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 8 juillet 1910

La guérison spontanée des tuberculoses rénales. — M. *Le Fur*, à propos de l'observation de M. Genouville, pense qu'il existe deux variétés anatomiques et cliniques de ces guérisons : tantôt il s'agit de la cicatrisation d'une petite caverne laissant persister, au moins en grande partie, la fonction rénale ; tantôt il y a obstruction de l'uretère, le rein tout entier se trouve transformé en poche kystique contenant de l'urine (uronéphrose) ou du pus (pyonéphrose) ou une matière analogue à du mastic. La fonction rénale est alors supprimée ne formant qu'un corps étranger parfois parfaitement bien supporté. Si cette dernière variété peut justifier la néphrectomie, car le rein ne sert plus à rien, il n'en est pas de même de la première variété où le fonctionnement rénal est parfois excellent.

Correspondance. Plaie du thorax avec hernie du poumon. Tumeur éléphantiasique de la vulve pesant 14 kilogs. — 2 observations envoyées par M. *Nicolas* (Nouvelle-Calédonie).

Résultats de l'hystérectomie abdominale subtotale pour fibromes. — M. *Cazin* montre combien cette opération mérite notre confiauce et présente peu de gravité. Sur 107 opérées, M. Cazin n'en a perdu qu'une de pneumonie double à pneumocoque survenue le 10e jour. Il emploie le procédé américain. Les cas de dégénérescence maligne du moignon cervical après hystérectomie subtotale, sur lesquels M. Richelot a attiré l'attention en 1903 ne paraissent pas constituer un argument suffisant pour faire abandonner cette opération, qui est plus rapide, plus simple et par conséquent plus bénigne que l'hystérectomie totale. Les exemples ne manquent pas d'ailleurs où, après cette dernière opération, on a vu un cancer se développer dans la cicatrice vaginale. Il ne s'agit donc là que d'une tendance générale du cancer à se développer dans le tissu de cicatrice.

Les greffes d'épiploon et de péritoine. — M. *R. Lœwy* résume les résultats expérimentaux et opératoires de l'emploi des greffes de morceaux détachés de l'épiploon et du péritoine.

Il montre le parti que sous ses trois formes (méthode de la plaque, de la bourre, du capuchon) on peut en tirer pour le renforcement de certaines sutures. pour l'hémostase et les régénérations d'organe.

Présentations de pièces. — M. *Cazin* présente un sarcome de la lame de l'omoplate pour lequel il a pratiqué la résection totale de l'os avec ablation large des muscles et conservation du bras.

M. *Delaunay* présente un utérus qui avait été fixé à la paroi abdominale pour une rétrodéviation 6 ans auparavant. Il tenait par une sorte de cordon qui ne l'avait pas empêché de basculer à droite. Dans ces cas, la réimplantation des ligaments ronds est supérieure à l'hystéropexie. M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

La tuberculose des articulations, des gaines et des bourses séreuses ; par L. THÉVENOT, 1 vol. in-18 jésus, relié peau pleine, de 425 pages, avec 51 fig. dans le texte. (O. Doin et fils, éditeurs.)

Les récentes découvertes anatomo-pathologiques, expérimentales, cliniques, ont agrandi considérablement le champ de la tuberculose en général, de la tuberculose articulaire et synoviale en particulier. A côté des formes fongueuses, des lésions à grains riziformes, des quelques rares hydarthroses qui, récemment encore, constituaient seules son domaine, sont venues se ranger des manifestations moins virulentes, telles que les lipomes arborescents, les myélomes. etc., et surtout l'innombrable série des accidents qui relèvent de la tuberculose inflammatoire (arthrites, synovites, bursites hydropiques, séreuses, sèches, plastiques, ankylosante, etc.) et que nous ont appris à connaître les travaux de Poncet et de ses élèves.

En même temps, la thérapeutique orientait ses efforts vers un traitement de plus en plus conservateur, dont la durée était abrégée par l'emploi de méthodes nouvelles, de mélanges plastiques, et dont les résultats étaient améliorés par la réduction des suppurations post-opératoires, par un traitement orthopédique bien conduit.

Ce livre vient donc à son heure, et l'expérience de son auteur lui permet, à propos de chacune de ces manifestations morbides, de nous en montrer nettement les formes cliniques, de discuter les indications thérapeutiques qui leur sont propres.

Les trois sujets qu'il traite tour à tour, et dont il s'efforce à tout instant de montrer l'identité anatomique, anatomo-pathologique clinique, thérapeutique, sont divisés les uns et les autres en deux parties. La première envisage les diverses modalités des arthrites, synovites, bursites en général. La seconde se rapporte à l'étude de chacune de leurs localisations.

Un dernier chapitre oppose ces lésions chez l'homme à celles que l'on rencontre chez les animaux et termine d'une façon originale ce livre dont le caractère personnel apparaît dès les premières pages.

Les métaux colloïdaux électriques en thérapeutique ; par MM. L. BOUSQUET et A. ROGER (Monographie 61 de l'*Œuvre médico-chirurgical*). 1 brochure grand in-8 (Masson et Cie, éditeurs.)

Depuis les travaux de Netter, le collargol et après lui les autres métaux colloïdaux sont définitivement entrés dans la thérapeutique courante, où ils occupent déjà une importante place. Les Docteurs Bousquet et Roger, qui ont consacré de nombreux travaux à cette question, en font une mise au point définitive dans la présente monographie. Après avoir défini la nature physico-chimique des substances colloïdales, ils en exposent les préparations et démontrent leur parfaite innocuité. Puis ils passent en revue l'effet de ces métaux dans les diverses maladies où ils ont été expérimentés, infections générales, infections locales. maladies de la nutrition. Ils en déduisent leur action sur les divers éléments morbides. Cette étude à la fois analytique et synthétique permet aux auteurs de préciser les principales indications de la médication. Après en avoir signalé les principaux modes d'administration, ils élucident le mécanisme de son action. En somme, cette brochure donne un résumé parfait des connaissances actuelles que la physique, la chimie, l'expérimentation nous apportent sur les métaux colloïdaux électriques.

Petite chirurgie pratique ; par Th. TUFFIER, prof. agrégé et P. DESFOSSES. *Troisième édition, revue et augmentée*, 1 vol. gr. in-8º de XII-570 pages, avec 325 figures dans le texte. (Masson et Cie, éditeurs.)

Écrire pour les infirmières, les étudiants et les jeunes praticiens un livre élémentaire contenant tout ce qu'il est indispensable de connaître en petite chirurgie, tel est le but que se sont proposé les auteurs. Le succès a répondu à leur tentative, puisqu'ils présentent aujourd'hui au public médical une troisième édition. Celle-ci a été soigneusement revue, élaguée de toutes les méthodes surannées et inutiles, et augmentée au contraire de toutes les nouvelles acquisitions scientifiques. On trouvera dans cet utile petit volume les matières suivantes : soins à donner aux malades ; petites interventions courantes ; matériel chirurgical ; asepsie ; anesthésie ; pansements ; petite chirurgie journalière ; immunisation ; soins préopératoires et post-opératoires ; petite chirurgie spéciale (œil, oreilles, bouche et dents, urètre et vessie) ; appareils pour fractures ; appareils plâtrés orthopédiques ; éléments de kinésithérapie, de gymnastique chirurgicale et de massage.

Des figures très nombreuses et très claires illustrent et commentent le texte de ce petit volume qui rendra les plus grands services aux praticiens et à tous ceux qui soignent ou entourent des malades.

La tuberculose osseuse ; par X. DELORE et A. CHALIER, 1 volume in-18 jésus, relié peau pleine, de 450 pages, avec 97 figures dans le texte. (O. Doin et fils, éditeurs.)

Écrire un nouvel ouvrage sur la *tuberculose osseuse* semble *a priori* un travail superflu. La question est si vieille qu'elle a déjà été parcourue en entier, diront quelques-uns.

Et cependant, à la réflexion il ne saurait en être ainsi. Bien des données nouvelles, dans les domaines anatomique, thérapeutique et même clinique, ont modifié certains points de vue.

C'est ainsi que nous connaisssons mieux actuellement la tuberculose diaphysaire des os longs, les formes d'ostéomyélite tuberculeuse confondues si souvent avec l'ostéite staphylococcienne. L'asepsie plus minutieuse nous convie à des interventions plus complexes, plus délicates, dont la technique s'est simplifiée ; les indications assez fréquentes du plombage iodoformé en sont un exemple.

Au point de vue clinique, MM. Delore et Chalier ont insisté sur la tuberculose vertébrale ou mal de Pott et le spina-ventosa ; ils ont réuni sur ce sujet les acquisitions récentes, et donné à ces localisations une place importante, proportionnée à leur fréquence Ils n'ont pas manqué, à propos de chaque lésion, de rappeler le rôle de la radiographie ou de la radioscopie avec ou sans injection de pâte bismuthée dans les trajets fistuleux.

Ce volume est divisé en deux grandes parties : la première traite de la tuberculose osseuse en général et la seconde se rapporte à la tuberculose de chaque os en particulier.

Il comprend près de 450 pages et est illustré par 97 figures, la plupart originales. Ce n'est pas un simple livre de compilation, mais une œuvre souvent originale, écrite avec esprit critique et basée sur l'expérience indiscutable des auteurs.

Traité Chirurgical d'Urologie, par Félix Legueu, Prof. agrégé. Préface de M. le Prof. Guyon, 1 fort vol. in-jesus de VIII-1382 pages, et 708 gravures dont 45 en couleurs (Félix Alcan, éditeur.)

La pathologie urinaire ne peut se contenter de descriptions spéciales. Pour embrasser son horizon trop vaste il faut des vues plus hautes à la fois et plus larges. Au-dessus de la maladie de l'organe, il faut voir la *tuberculose*, l'*infection*, la *lithiase*, qui évoluent dans un appareil urinaire et y multiplient, suivant des règles toujours égales, leurs diverses localisations.

L'auteur a basé sa classification sur ces grands processus morbides. Ils constituent la division de son livre comme ils se partagent la pathologie de l'appareil urinaire. Il les passe successivement en revue en des chapitres distincts et a pu ainsi tracer, pour chaque maladie, un tableau d'ensemble de ses voies d'entrée, de son évolution, de ses extensions, et étudier ses localisations successives dans l'ordre où elles se produisent.

Cette division n'a pas seulement cet avantage d'être conforme aux données de la pathologie générale, elle permet aussi des rapprochements que la clinique ne peut manquer d'apprécier.

Ainsi la *tuberculose vésicale* suit immédiatement la *tuberculose rénale* dont elle dépend, et la *tuberculose génitale* suit la *tuberculose urinaire* dont elle ne peut être séparée.

Ainsi se suivent également la *bactériurie*. les *cystites*, les *pyélonéphrites*, manifestations si voisines et que distinguent seulement des nuances cliniques.

Toutes les localisations de la *bilharziose* se juxtaposent en un même chapitre.

Les *ruptures de la vessie* suivent celles de l'urètre postérieur, dont il est quelquefois si difficile de les distinguer.

Les *corps étrangers de l'urètre* et *de la vessie* sont étudiés côte à côte ; et ce rapprochement est d'autant plus légitime que le corps étranger peut aisément passer de l'une à l'autre, ou même siéger à la fois dans l'une et l'autre de ces cavités.

Toutes les *fistules urinaires* sont réunies en groupes distincts dans le chapitre des *difformités acquises*, toutes fistules qui sont toujours amorcées par l'infection et entretenues par un rétrécissement du conduit.

Enfin, l'*épispadias* confine à l'*exstrophie* avec laquelle il a tant de liens embryologiques communs.

M. Legueu a mis cet ouvrage au courant de la littérature et des dernières acquisitions de la science. Il a donné à la clinique et à la thérapeutique une importance considérable, ne perdant jamais de vue cette idée directrice qu'un ouvrage, même théorique, n'a d'autre but que d'apprendre, de faciliter et de perfectionner le diagnostic et le traitement des maladies. En ce qui concerne la technique chirurgicale, il développe les procédés que son expérience lui a montrés les plus simples et les meilleurs, insistant beaucoup plus sur les résultats et les indications opératoires que sur des procédés surannés ou non encore éprouvés.

L'intégrité intersexuelle des Peuples et les Gouvernements, par L. Fiaux. 1 vol. grand in-8 (Félix Alcan, éditeur.)

Au moment où médecins, jurisconsultes, pédagogues et moralistes allemands annoncent, pour une étude internationale publique de la Police des Mœurs, la convocation des délégués des divers États du globe, en une nouvelle session de *Conférence de prophylaxie*, il était opportun de rappeler les travaux des premières sessions de cette *Conférence internationale*, tenue à Bruxelles. C'est l'objet du nouveau livre de M. Louis Fiaux, ancien membre du Conseil municipal de Paris. *L'intégrité intersexuelle des peuples et les gouvernements* expose avec une entière impartialité scientifique les critiques adressées à la réglementation de la prostitution et les systèmes mis en avant pour la modifier ou la remplacer. L'abolitionisme et le réglementarisme ont trouvé dans tous les États du monde civilisé leurs partisans déterminés, mais l'ensemble des travaux de la Conférence indique une orientation scientifique et sociale peu favorable au régime actuel et à son *statu quo* prolongé. Ces conclusions progressistes s'appuient sur une documentation considérable, la plus considérable que l'on connaisse depuis l'ouvrage de Parent-Duchatelet et les enquêtes plus récentes faites par les gouvernements anglais, belge, italien et russe que l'auteur a résumées avec soin : elle n'embrasse pas seulement les États de l'Europe, mais les pays de l'Extrême-Orient, Amériques du Nord et du Sud. Ainsi le lecteur se trouve exactement informé pour suivre les débats qui préparent les changements prochains dans une institution suspectée ici, condamnée là, déjà remaniée ailleurs, repoussée dans sa forme actuelle partout.

Vigueur virile; par le Dr William George Boller. (Institut de culture humaine, rue Froissard, Bruxelles).

Petit manuel, dit l'auteur, destiné à servir de guide aux milliers d'hommes dont le corps et l'esprit sont tourmentés par la faiblesse de la maladie. résultat ordinaire des excès génésiques et de l'ignorance des questions sexuelles, qui pendant des années ont abusé des médicaments-poisons et ont perdu tout espoir de guérison. G. M.

Un nouveau traitement du tabes avec quelques considérations sur la répercussion centrale des irritations périphériques; par Helan Jaworski.

Il s'agit des bains carb. gazeux et de leur influence nette sur les troubles de la sensibilité. G. M.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Assistance publique de Paris.

Règlement sur les conditions d'admission et de désignation des enfants pour les hôpitaux de Berck et Forges et pour le sanatorium de Hendaye.

Articler pemier. — L'hôpital de Berck-sur-Mer est consacré au traitement des enfants atteints de tuberculose chirurgicale (articulaire, osseuse. ganglionnaire), de péritonite tuberculeuse et de rachitisme.

Art. 2. — Le sanatorium de Hendaye est consacré au traitement des enfants atteints de rachitisme, de scoliose, de maladies de croissance, de tuberculose ganglionnaire non suppurée, de lymphatisme, de péritonite tuberculeuse, d'eczéma chronique. Le sanatorium peut, en outre, recevoir des malades guéris d'affections graves, dont la convalescence est présumée devoir durer au moins deux mois. Il n'est prévu à Hendaye ni service d'opérations ni service de pansements.

Art. 3. — L'hôpital de convalescence de Forges est consacré au traitement des enfants convalescents, anémiques, suspects de tuberculose ou atteints de maladies de croissance.

Art. 4. — Ne peuvent être admis dans ces trois établissements les enfants atteints de maladies contagieuses ou incurables et de tuberculose pulmonaire en évolution.

La syphilis héréditaire n'est pas une cause d'exclusion, s'il n'y a pas d'accidents contagieux.

Les affections inflammatoires, même non contagieuses, des yeux et des oreilles sont des causes d'exclusion de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Art. 5. — Les limites d'âge, au-dessous desquelles les enfants ne peuvent être admis, et au-dessus desquelles ils ne peuvent être maintenus dans ces trois hôpitaux, sont fixées ainsi qu'il suit :

	LIMITE D'AGE	
	Maximum	Minimum
Hôpital de Berck-sur-Mer...	15 ans	2 ans.
Sanatorium de Hendaye....	15 —	5 —
Hôpital de Forges.........	15 —	4 —

En outre, les enfants au-dessous de 4 ans, exception faite pour certains rachitiques, ne peuvent être envoyés à Berck-sur-Mer du 1er octobre au 1er avril.

Art. 6. — Les lits de l'hôpital de Berck-sur-Mer sont divisés en deux catégories :

1re catégorie. — Lits pour enfants couchés dont le nombre est fixé à 300 ;

2e catégorie. — Lits pour enfants non couchés.

Art. 7. — Les lits de chacune des deux catégories de l'hôpital de Berck-sur-Mer, ceux du sanatorium de Hendaye et de l'hôpital de Forges sont affectés aux enfants proposés par les services parisiens de médecine et de chirurgie générales infantiles, dans la proportion suivante :

Propositions par les services parisiens :

	Chirurgicaux	Médicaux
Berck-sur-Mer, couchés	4/5	1/5
non-couchés	4/5	1/5
Hendaye	1/5	4/5
Forges	0	Totalité

Les lits du service général de Hendaye pour le traitement de la scoliose sont compris au nombre des lits chirurgicaux de cet établissement.

Art. 8. — Il est procédé tous les trois ans à une répartition des lits de chaque établissement et de chaque catégorie entre les divers hôpitaux parisiens d'enfants. Cette répartition, proportionnelle à l'importance des services de médecine et de chirurgie infantiles de chaque hôpital, est arrêtée par le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, après avis du Conseil de surveillance.

Art. 9. — Tous les mois et à date fixe, le directeur de chacun des trois établissements d'enfants hors Paris communique à l'administration générale de l'Assistance publique un état des lits qui sont devenus vacants pendant le mois précédent, état sur lequel est mentionné l'hôpital parisien dont dépend le service qui avait proposé le titulaire de chaque lit.

Dans les trois jours qui suivent la réception de cet état, le directeur de l'Assistance publique fait connaître à chaque directeur d'hôpital parisien d'enfants le nombre des enfants de chaque catégorie qui peuvent être proposés pour le mois suivant par l'ensemble des services de cet hôpital. Ce nombre est égal à celui des lits de chacune de ces catégories portés vacants sur l'état prévu au paragraphe précédent, et dont les titulaires avaient été proposés par l'un des services de cet hôpital.

La répartition de ces lits entre les divers services de médecine et de chirurgie générales infantiles de l'hôpital est arrêtée mensuellement d'accord entre les différents chefs de service.

Art. 10. — Le chef de service, ou, en cas de congé de celui-ci, le médecin ou le chirurgien responsable du service, fait connaître au directeur de l'hôpital, immédiatement et au plus tard dans les huit jours qui suivent la réception de l'avis envoyé par l'administration, les noms des enfants dont il propose l'envoi dans l'établissement hors Paris, et dont le nombre est égal à celui mis à sa disposition, en vertu de la répartition prévue au dernier paragraphe de l'article précédent.

Il joint à ces dispositions, pour chaque enfant, une fiche aussi complète que possible, mentionnant notamment les antécédents, le diagnostic, avec nature, répartition et intensité des lésions, le traitement suivi et, s'il y a lieu, à titre de renseignement, le traitement spécial conseillé. Chaque fiche doit porter la signature du chef de service ou, en cas de congé de celui-ci, du médecin ou du chirurgien responsable du service.

Art. 11. — Dans les dix jours qui suivent la réception de ces propositions, l'administration fait procéder à une enquête sur la situation de la famille, à laquelle elle fait connaître les conditions auxquelles pourra être subordonné l'envoi de l'enfant dans l'établissement pour lequel il est proposé (versement mensuel d'une somme fixée à , présentation obligatoire de l'enfant, à son retour de l'établissement, au chef de service qui l'a proposé, etc.)

Art. 12. — L'administration prévient les parents du lieu, du jour et de l'heure où ils doivent présenter l'enfant devant la commission d'admission. Cette commission se réunit dans la semaine qui suit l'expiration de la période de dix jours prévue à l'article précédent.

Art. 13. — Il est formé pour chacun des trois établissements de Berck-sur-Mer, Hendaye et Forges, une commission d'admission chargée de désigner définitivement les enfants admis dans chacun de ces établissements.

Cette commission est composée de deux membres du Conseil de surveillance désignés par leurs collègues, d'un délégué du directeur de l'Assistance, du directeur de l'hôpital où siège cette commission, d'un médecin et d'un chirurgien désignés pour un an par la réunion des médecins ou des chirurgiens, chefs des services parisiens d'enfants.

La commission de l'hôpital de Berck-sur-Mer comprendra, en outre, soit le chirurgien en chef de cet établissement, soit l'un de ses assistants.

La commission de l'hôpital de convalescence de Forges ne comprend pas de chirurgien.

Le médecin et le chirurgien doivent se faire remplacer en cas d'empêchement par un médecin ou chirurgien suppléant désigné dans les mêmes conditions et pour le même délai.

La commission est présidée par le plus ancien des membres du Conseil de surveillance présents.

Art. 14. — Afin d'assurer chaque mois le départ pour chaque établissement d'un nombre d'enfants égal à celui des lits devenus vacants dans le mois précédent, les hôpitaux Trousseau et des Enfants-Malades sont appelés, à tour de rôle, à désigner un nombre d'enfants de chaque catégorie, déterminé par l'administration générale, en plus de ceux auxquels ils ont droit en vertu du présent règlement.

S'il n'a pas été possible, faute de place vacante, de faire partir les enfants proposés dans ces conditions, au cours du mois pour lequel ils ont été définitivement désignés par la commission, ils sont envoyés par le plus prochain convoi et il en est donné immédiatement avis au directeur de l'hôpital dont dépendent les services qui les ont proposés ; le nombre des lits qui sont attribués à cet hôpital, pour le mois suivant, est diminué d'une quantité égale au nombre d'enfants qui restent à envoyer sur la proposition des services de l'hôpital.

Art. 15. — Le directeur de l'Assistance publique arrête la liste des enfants désignés par la commission pour être envoyés le mois suivant dans chaque établissement et il répartit les enfants entre les divers convois. Il prévient les parents du jour fixé pour le départ.

Ceux-ci sont tenus d'amener au jour dit les enfants dans l'hôpital parisien désigné sur la lettre d'avis, à l'heure qui leur est indiquée.

Art. 16. — Les enfants sont examinés dès leur arrivée dans l'hôpital parisien et avant le départ de leurs parents par un médecin chargé de s'assurer qu'il n'est survenu, depuis l'admission prononcée par la commission, aucune cause de nature à faire ajourner le départ de l'enfant.

L'examen de la chevelure est fait par un médecin spécialiste.

Les parents sont tenus, en outre, d'apposer leur signature au bas d'une déclaration constatant que, dans l'entourage immédiat de l'enfant, il n'existe, à leur connaissance, aucun cas de maladie contagieuse, telle que coqueluche, scarlatine, rougeole, etc.

Art. 17. — La durée maximum du séjour est fixée ainsi qu'il suit, pour chaque établissement :

Berck-sur-Mer	1 an.
Hendaye	6 mois.
Forges	6 mois.

Toutefois, et à titre exceptionnel, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique peut, sur un rapport motivé du chef de service de l'établissement hors Paris, et sur l'avis du directeur de cet établissement, autoriser la prolongation du séjour de l'enfant.

Art. 18. — La fiche mentionnée à l'article 10 suit l'enfant dans l'établissement où il est envoyé. Elle est retournée, en minute ou en copie, au chef de service qui avait proposé l'enfant lors de l'examen de celui-ci à Paris.

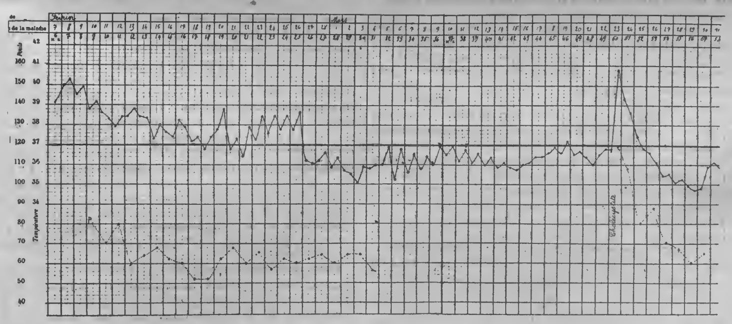
Les parents sont prévenus, au moment où l'enfant leur est rendu, si celui-ci n'a pu être auparavant examiné par le chef du service qui l'avait proposé, qu'ils doivent le présenter à la consultation dudit chef de service dans les huit jours qui suivent le retour de l'enfant.

TRAVAUX ORIGINAUX

Cholécystite aiguë abortive à bacille d'Eberth chez un convalescent de fièvre typhoïde ; un clocher biliaire.

Par M. E. SACQUÉPÉE.
Médecin-Major de 2e classe.
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La clinique, bien avant la bactériologie, a démontré l'existence de localisations anatomiques sur les voies biliaires au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. Mais, comme tout syndrome morbide, l'inflammation éberthienne de la vésicule est susceptible de se manifester sous des modalités cliniques extrêmement variables. A côté de la cholécystite suppurée, parfois ulcérative et perforante, à côté de la cholécystite aiguë franche, plus ou moins prolongée et toujours assez grave, il y a lieu de placer une autre forme symptomatique beaucoup plus bénigne : la *cholécystite abortive*.



L'observation qui suit en constitue un exemple très net (1).

C... 22 ans. Entré au Val-de-Grâce le 7 février dernier. Pas d'antécédents morbides ; en particulier, aucune atteinte antérieure du côté du foie ou des voies biliaires.

Se plaint depuis le 2 *février* de symptômes classiques : céphalée, insommie, anorexie, frissonnements.

Dès le 9, le diagnostic de fièvre typhoïde se confirme : splénomégalie, taches rosées, fièvre avec bradycardie relative ; hémoculture positive (bac. d'Eberth) le 8 ; séro-diagnostic positif à 1 p. 300 le 9 pour bac. d'Eberth.

L'affection suit son cours normal les jours suivants, présentant dans l'ensemble l'allure d'une typhoïdette, avec reprise terminale du 22 au 26 février. Aucun symptôme insolite ; légère constipation persistante (1 selle par 36 heures). Jamais le malade, parfaitement lucide, n'a accusé la moindre douleur localisée.

Apyrexie le 26 février, au 25e jour de la maladie. Convalescence normale jusqu'au 22 mars. Alimentation légère à partir du 5 mars.

Le 23 mars, 25e jour d'apyrexie, dans l'après-midi, le malade se plaint d'éprouver des douleurs violentes dans le côté droit, avec frissons et un vomissement bilieux ; les douleurs persistent toute la soirée, localisées par le malade dans la région sous-hépatique comme foyer maximum, avec irradiations vers l'épigastre et entre les épaules.

L'examen local décèle une contracture marquée du segment supérieur du grand droit abdominal droit, formant tumeur et gênant la palpation profonde ; l'exploration digitale localise un seul foyer douloureux à la pression ; ce foyer est situé à l'intersection du grand droit et du rebord costal, à droite. La percussion délimite une zone de matité semi-lunaire, mesurant environ 6 centimètres de large sur 4 de hauteur, débordant par en bas la matité hépatique, très exactement au niveau du foyer douloureux à la pression. Le foyer douloureux et la matité sont tous deux localisés à la zone cystique. T. élevée, 40°6 ; pouls à 108, petit. Pas d'ictère ; selles et urines normales. La veille, le 22 mars, le malade avait eu 3 selles légèrement diarrhéiques.

Régime lacté ; glace *loco dolenti*.

Le lendemain matin, 24 mars, baisse thermique à 39°3 : mais les autres symptômes persistent : douleur vive, nausées, abattement, facies anxieux ; un vomissement bilieux pendant la nuit. Il y a lieu de craindre une cholécystite grave ou une rechute. Même état dans la soirée.

Le lendemain, 3e jour de cet épisode, tous les symptômes s'amendent : apyrexie, sédation de la douleur, disparition des nausées. La matité vésiculaire se réduit rapidement et n'est plus perceptible le 5e jour.

Dans la suite, la convalescence reprend son cours régulier sans nouvel incident. Sortie le 2 avril.

EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES. — *Hémoculture* le 8 février : bacille d'Eberth.

Séro-diagnostic le 9 février : positif à 1 p. 300.

Hémoculture le 24 mars (pendant la poussée fébrile de la convalescence) : résultat négatif.

Cultures des selles, sur milieu d'Endo, après lavages intestinaux, aux dates suivantes :

8 février. — Bacille d'Eberth assez abondant, formant environ 1 vingtième des colonies.

5 mars. — Bacille d'Eberth rare, 1 colonie sur 200 environ.

12 mars. — Pas de bacille d'Eberth.

20 mars. — Bacille d'Eberth très rare, 1 colonie sur 500 environ.

24 mars (pendant la poussée fébrile de la convalescence). — Bacille d'Eberth très abondant, formant la moitié des colonies.

30 mars. — Bacille typhique très rares.

23 avril. — Pas de bacille typhique.

Ce malade a donc présenté une atteinte bien caractérisée de cholécystite, avec ses symptômes si particuliers : douleur spontanée dans l'hypocondre droit, douleur pro-

(1) Cette observation a été rapportée antérieurement à la Société médicale des hôpitaux, 2 juin 1910.

voquée dans la zone cystique, tuméfaction de la vésicule ; cette cholécystite est survenue brusquement, sans aucun symptôme avant-coureur ; elle s'est accompagnée des réactions générales habituelles aux formes les plus sévères : fièvre élevée, accélération et petitesse du pouls, nausées, altération du visage. Mais, chose remarquable, son évolution fut brève ; en 48 heures, les phénomènes généraux avaient disparu ; en 5 jours, tout était revenu à la normale. Cette rapidité d'évolution se traduit avec une netteté saisissante sur la courbe thermique, qui marque au moment de la poussée vésiculaire un simple clocher, *clocher biliaire*.

***

Ce petit épisode soulève quelques questions intéressantes. Tout le monde sait aujourd'hui que la bile est un repaire habituel du bacille typhique pendant le cours de la maladie, et assez souvent encore pendant la convalescence ; on doit donc considérer toute poussée vésiculaire chez les typhiques comme étant vraisemblablement l'œuvre du bacille d'Eberth. Et les germes qui pullulent dans la vésicule doivent être évacués dans le tube digestif en nombre considérable, à la seule condition que les voies biliaires soient libres : or, elles n'étaient pas obstruées chez notre malade, puisque l'ictère et toute altération grossière des fèces faisaient défaut. C'est en effet ce qu'a démontré l'analyse bactériologique ; rares ou absents pendant les premières semaines d'apyrexie, les bacilles furent trouvés extrêmement abondants au moment de la poussée vésiculaire, pour diminuer à nouveau dans la suite. La cholécystite, si fugace, a suffi à déterminer une véritable chasse de bacilles typhiques.

Cette constatation est à noter parce qu'elle confirme d'une manière indirecte la valeur de la « théorie biliaire » de la fièvre typhoïde ; on a certainement parfois exagéré sa portée, mais elle renferme une bonne part de vérité. D'un autre côté, en cas de doute, et chez des convalescents, la constatation d'une élimination massive de bacilles d'Eberth pourrait apporter au diagnostic un appoint sérieux, car il est extrêmement rare de rencontrer ces germes en nombre appréciable au-delà des premiers jours d'apyrexie.

***

Manifestement éberthienne dans sa cause et aiguë dans son allure, la poussée vésiculaire observée chez notre malade ne s'est pourtant pas comportée comme aurait pu le faire craindre la lecture des observations de cholécystite typhique rapportées jusqu'ici. Son évolution, en effet, fut brève, et les symptômes violents qui l'ont marquée avaient à peu près disparu en 48 heures ; ce fut une cholécystite abortive.

Cette notion d'évolution montre qu'en présence d'une poussée aiguë fébrile, même éphémère, survenant chez un typhique convalescent, il est bon de ne pas oublier l'intervention possible des localisations biliaires. Combien de fois de semblables épisodes, aussi fugaces que celui-ci, ne demeurent-ils pas inexpliqués !

D'ailleurs, s'il n'a pas été suffisamment dégagé jusqu'ici, le syndrome de la poussée vésiculaire aiguë a été constaté plus d'une fois, non plus à l'état isolé, mais bien comme première phase d'une atteinte plus grave ; il s'agissait alors tantôt d'une rechute, tantôt d'une cholécystite grave.

Parlons d'abord des *rechutes d'origine biliaire*. Chez une malade d'Achard et Feuillié, au 12e jour d'apyrexie, survint une douleur brusque, violente, sous le rebord des fausses côtes droites, avec irradiations latérales et postérieures derrière l'épaule, sans ictère ; aussitôt après survint une rechute. Les événements se déroulèrent de façon analogue chez deux convalescents suivis par Laignel-Lavastine et par Velarde : il y eut d'abord cholécystite, puis rechute. Sans doute de semblables observations deviendront-elles plus nombreuses, maintenant que l'attention est attirée de ce côté. Ce que nous avons dit plus haut de l'affinité du bacille typhique pour les voies biliaires rend d'ailleurs parfaitement compte de cette évolution si particulière : le bacille, après la guérison, est demeuré dans la vésicule ; tardivement, il s'y est multiplié, et, sans doute en envahissant la circulation générale, a provoqué la rechute. Notre malade n'a pas présenté de réinfection générale au cours de sa cholécystite, comme le démontre l'absence de bacilles dans le sang à cette époque (hémoculture négative du 24 mars), et c'est probablement à cette absence de réinfection qu'il faut attribuer l'évolution brève des accidents. Resterait à savoir pourquoi la cholécystite détermine chez certains malades, et non chez d'autres, une infection « *totius substantiœ* » ; il est permis de supposer que des conditions individuelles favorisent la généralisation du germe. Deux facteurs primordiaux entrent en jeu : la virulence du germe et le degré d'immunité du sujet ; mais nous ne sommes pas à même pour le moment d'apprécier l'importance de leur intervention. Les conditions suivantes sont plus directement accessibles à notre raisonnement. Il peut s'être produit des ulcérations de la vésicule, même sans réactions cliniques appréciables, et ces ulcérations doivent offrir une voie facile à l'infection ; il peut aussi exister des calculs qui, en s'opposant au libre écoulement de la bile, amènent de l'hypertension intra-vésiculaire, en même temps qu'ils altèrent la muqueuse déjà enflammée ; autant de conditions qui facilitent l'essaimage des germes. En fait, chez un des malades de Laignel-Lavastine, l'autopsie permit de constater l'existence de 5 calculs, gros comme des noisettes, et de consistance assez dure ; leur volume et leur dureté permettent de croire qu'ils préexistaient à la première poussée de cholécystite, survenue 7 semaines avant la mort.

Cette dernière observation nous met en présence d'une constatation de fait très instructive ; il est logique d'admettre que la préexistence des calculs a été la cause déterminante de la réinfection. Sous une forme ou sous une autre, un facteur adjuvant se trouve probablement dans beaucoup de cas, sinon dans tous, à l'origine des rechutes de source biliaire. En l'absence de ces causes favorisantes, l'infection demeure localisée à la vésicule, et ne se généralise pas.

***

Des considérations analogues s'appliquent aux rapports de la cholécystite abortive avec les *cholécystites graves*, suppurées ou non, de la convalescence. Ces dernières marquent souvent leur début par une symptomatologie violente ; il en est ainsi dans la moitié des cas environ. Telle l'observation de Galliard et Souligoux : au cours de la convalescence, le 17 mars, leur malade accuse de « vives douleurs à l'épigastre, douleurs irradiées au dos. Elle vomit. Frissons. Nuit agitée. Le 18 mars, 40°9 ; p. 120. Langue saburrale. Pas de diarrhée ni de vomissements ; mais le ventre est ballonné et très sensible à la palpation. Il y a un point douloureux très remarquable au bord inférieur du foie qui paraît augmenté de volume ; c'est la vésicule biliaire qui est en cause ». Dans la suite, la cholécystite évolue ; une opération, pratiquée le 7 avril, découvre dans la vésicule du pus, de la bile et de nombreux calculs. Le

début est analogue dans un cas de Lejars. Il suffira de comparer cette description avec celle que nous avons donnée plus haut, pour constater que la cholécystite aiguë abortive ne saurait être différenciée, au nom de la clinique, des cholécystites suppurées les plus graves à leur période de début. L'analogie mérite d'autant plus d'être soulignée que cette éclosion brusque de symptômes violents fait naturellement toujours craindre la cholécystite suppurée et soulève de suite le problème de l'intervention chirurgicale.

Ici encore il y a lieu de se demander pourquoi notre malade, loin de s'acheminer vers la cholécystite suppurée grave, n'a présenté qu'un épisode aussi éphémère que violent. La bénignité relative de son atteinte peut tenir à des causes multiples : immunité solide, locale (vésiculaire) et générale, conférée par l'atteinte antérieure ; absence de conditions favorisantes tenant soit à la concomitance d'une infection surajoutée, soit à la préexistence de lésions locales. Il est probable que les infections surajoutées, streptococciques ou autres, jouent un rôle dans la genèse des suppurations éberthiennes, le bac. typhique ne paraissant posséder qu'à un faible degré des propriétés pyogènes ; le fait qu'on signale souvent, dans les empyèmes de la vésicule, la présence du bacille typhique, ne saurait faire conclure qu'il n'y existe pas en même temps d'autres germes, agents plus habituels des suppurations. D'autre part, la lecture des observations établit que la cholécystite suppurée des typhiques convalescents est presque l'apanage des calculeux biliaires. Nombreux sont les faits de cet ordre. Chez la malade de Galliard et Souligoux, on trouva dans la vésicule, à l'opération, « de nombreux calculs » ; celle de Landrieux et Blondin hébergeait « trois ou quatre calculs ». Souvent même, un des calculs obstrue plus ou moins les voies biliaires ; on voit facilement ce qui en résulte : la vésicule se trouve transformée en « vase clos », les produits inflammatoires ne trouvent plus à se déverser par le cystique et le cholédoque ; si la suppuration survient, elle a toutes chances d'être grave d'emblée, la vésicule enflammée, rapidement distendue, irritant le péritoine et menaçant de s'y ouvrir. Telles sont, entre autres, les observations de Patel, de Kanzel, de Lejars, cette dernière particulièrement dramatique : chez une femme de 35 ans, au 16e jour d'apyrexie, la température s'élève à 39°5, le pouls à 120, le ventre est douloureux, tendu, résistant surtout à droite ; le jour suivant, les symptômes s'aggravent ; on pense, non sans de bonnes raisons, à une perforation intestinale tardive. L'opération révèle non point une péritonite, mais une cholécystite suppurée : la vésicule énorme, rouge, renfermait un pus phlegmoneux, et cinq calculs, dont le dernier, enclavé dans le col, était gros comme une noix. La malade guérit.

Suraiguës ou aiguës, les cholécystites suppurées des typhiques convalescents surviennent donc à peu près toujours chez des malades porteurs de calculs biliaires. Il est tout naturel de penser que ces calculs ont joué un rôle aggravant, dont le mécanisme est trop facile à imaginer pour qu'il soit utile d'y insister ; en l'absence de calculs, au contraire, les accidents peuvent demeurer beaucoup plus bénins.

***

Qu'il s'agisse des rechutes d'origine biliaire ou des cholécystistes suppurées de la convalescence, la lithiase préalable semble ainsi être un facteur d'appoint important, presque nécessaire. C'est dans ce sens que la plupart des auteurs français interprètent leurs observations ; la clinique leur donne certainement raison.

On a parfois raisonné autrement. Entraînés par leur ardeur à amplifier la « théorie biliaire » de la fièvre typhoïde, certains ont prétendu que les calculs rencontrés par eux, dans des circonstances très analogues, étaient l'œuvre du bac. typhique lui-même ; la lithiase devenait ainsi une conséquence précoce de la cholécystiste, alors que jusqu'ici on avait généralement considéré la calculose avancée comme cause favorisante de cette dernière. Dans cet ordre d'idées, Hilgermann rapporte l'histoire d'une femme qui, sans antécédents pathologiques, fut atteinte de fièvre typhoïde au cours de laquelle se manifestèrent des symptômes de cholécystite ; après huit semaines d'apyrexie, réapparition sévère de la cholécystite ; l'opération montra une vésicule enflammée, ulcérée, avec un calcul gros comme une noix obstruant le canal cystique ; la bile, brunâtre, présentait quelques concréments, du volume d'un grain de sable. On put déceler le bacille typhique, non seulement dans la bile, mais encore dans la masse du calcul. L'auteur conclut, sans hésitation, que la fièvre typhoïde récente était cause de la lithiase. S'il en était ainsi, si un calcul de ce volume pouvait s'être développé en quelques semaines, on serait amené à dénier toute valeur causale à la calculose, dans la genèse des rechutes d'origine biliaire ou des cholécystites graves, au moins chez la plupart des malades ; mais il est de toute évidence que les conclusions d'Hilgermann ne peuvent être admises sans autre démonstration. La seule preuve qu'il apporte à l'appui de cette conception est la constatation du bacille d'Eberth dans la masse des calculs ; la preuve est insuffisante, car il a pu exister avant la fièvre typhoïde une autre infection éberthienne et lithogène des voies biliaires ; en tout état de cause, Bacmeister a montré que des calculs anciens, stériles, peuvent être infectés de dehors en dedans par le bacille typhique ; si le fait est exact, la constatation du bacille dans la masse des calculs, quand ce même germe existe dans la bile, n'a plus grande signification. De toute manière, l'assertion d'Hilgermann se heurte à une invraisemblance ; un gros calcul doit être d'ancienne date, c'est au moins ce que la clinique paraît avoir montré jusqu'ici. Et la préexistence de la lithiase garde ainsi toute sa valeur de cause aggravante chez les typhiques convalescents, victimes d'une inflammation vésiculaire.

***

Notre malade a échappé aux accidents graves immédiats; mais il convient d'être réservé pour l'avenir. On sait en effet que la lithiase est souvent un aboutissant lointain de l'infection éberthienne des voies biliaires ; peut-être même la poussée de cholécystite survenue pendant la convalescence a-t-elle amorcé le processus calculeux. Dans l'observation citée plus haut d'Hilgermann, on a constaté vers la 8e semaine des « concréments » sorte de poussière calculeuse, qui étaient probablement consécutifs à la cholécystite, et auraient conduit plus tard à la formation de calculs plus volumineux. Chez une malade de Faitout et Ramond, on vit évoluer au 15e jour de la convalescence des accidents très analogues à ceux que nous avons relatés ; 6 ans après, cette malade était opérée pour cholécystite suppurée et lithiase à bacille d'Eberth. L'allure bénigne des infections vésiculaires peut donc fort bien être trompeuse ; il reste toujours la menace soit d'une lithiase, soit d'une récidive plus grave de cholécystite. Et si anodin qu'il soit, le « clocher biliaire » de notre malade peut être gros de menaces pour la suite.

Un cas d'amaurose albuminurique gravidique

Par R. BURNIER
Interne des Hôpitaux de Paris

Au cours de l'albuminurie gravidique, on peut observer divers troubles oculaires : les uns soudains dans leur apparition, allant jusqu'à la cécité, mais plus ou moins fugaces, ne s'accompagnent d'aucune lésion marquée du fond de l'œil : c'est l'*amaurose albuminurique*. Les au- autres, progressifs, moins intenses, mais plus durables, parce qu'ils possèdent un substratum anatomique, une lésion organique visible à l'ophtalmoscope, constituent la *rétinite et* la *névrite albuminurique*.

Le grand élément de diagnostic entre ces deux variétés de troubles oculaires au cours de l'albuminurie gravidique est donc fourni par l'examen ophtalmoscopique.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'amaurose albuminurique chez une femme de 27 ans, primipare, sans antécédent pathologique, qui venait consulter au huitième mois de sa grossesse pour de l'albuminurie et de l'œdème marqué des jambes. La malade fut mise au régime lacté absolu. Malgré ce régime, la céphalée frontale persista, des vomissements apparurent, l'œdème ne rétrocédait pas, et brusquement un jour, vers une heure de l'après-midi, sa vue s'obscurcit, et au bout de quelques minutes, toute perception lumineuse disparut : tout est nuit autour d'elle. A l'examen oculaire on constate que ses pupilles sont normales, plutôt légèrement dilatées, mais les réflexes persistent. A l'examen ophtalmoscopique, on ne note aucune lésion du fond de l'œil. Le pouls est lent (60), tendu ; la tension est de 25 cm.

La cécité persista complète jusque vers 7 heures du soir. A ce moment, la lumière commença à être perçue et le lendemain, la vision était presque revenue à la normale. L'examen des urines montra l'existence d'une albuminurie abondante (6 gr. par litre). Quatre jours après, la malade accoucha spontanément d'un enfant vivant, sans avoir présenté de crises d'éclampsie ; l'albumine disparut au bout de quelques jours et les troubles visuels ne reparurent plus.

Cette observation d'amaurose albuminurique est typique dans ce sens qu'elle montre bien la soudaineté de l'apparition et la fugacité de la cécité, ainsi que l'absence de lésion du fond de l'œil.

Un point est cependant à noter, c'est l'absence de crises d'éclampsie. Le plus ordinairement, en effet, ces troubles amaurotiques coexistent avec des accès éclamptiques, si bien que certains auteurs désignent ces troubles oculaires sous le nom d'amaurose éclamptique. Mais cette association peut faire défaut et des cas d'amaurose sans éclampsie ont été également signalés par Eliasberg, H. Morell, Radtke, Semon, Spurway, Ellett, Pooley, Bastide, Lawson.

On peut considérer ces faits d'amaurose transitoire comme autant de cas d'*éclampsie sans crises*, au même titre que les troubles psychiques, dyspnéiques, gastriques, etc., qui peuvent survenir au cours de la toxémie gravidique.

Notre malade présentait une albuminurie notable. C'est là un signe banal et fréquemment noté chez les femmes enceintes fortement intoxiquées. Mais nous voulons insister sur ce fait que l'albuminurie n'est pas un élément pathognomonique de la toxémie gravidique : ce n'est qu'un épiphénomène, fréquent à coup sûr, mais inconstant : c'est en même temps un signe trompeur, puisque, pouvant manquer dans les cas graves, il donne une fausse sécurité.

Les auteurs américains (Woods, Posey et Hirst) ont surtout attiré l'attention sur ces formes atypiques de la toxémie gravidique qui se manifestent dans les premières grossesses par des vomissements, par de la céphalée persistante, de la douleur épigastrique, de l'agitation, des troubles visuels. Et malgré les examens les plus minutieux et les plus répétés, on ne décèle pas d'albumine. Par contre, on note une diminution de la quantité des urines et une notable diminution de l'urée, et Marx estime même qu'une diminution progressive de l'urée constitue la seule indication pour la provocation de l'accouchement.

Mais de même qu'il existe des troubles oculaires dans les formes typiques albuminuriques de la toxémie gravidique, de même on a vu se produire des troubles oculaires absolument identiques en l'absence de toute albuminuries. Si bien que les dénominations d'amaurose, de rétinite albuminurique, communément employées, consacrent une erreur, car elles semblent faire de l'albuminurie la cause de la lésion oculaire, alors qu'elle n'en est en réalité qu'une compagne infidèle.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Origines de l'Art dentaire

L'art de guérir remonte à la plus haute antiquité. De tout temps en effet, les hommes ont essayé de se protéger contre la douleur,

Vieille comme le monde et la fatalité.

Mais parmi les maux qui tourmentent la pauvre humanité, les maux de dents sont peut-être les plus insupportables et c'est pourquoi la thérapeutique dentaire, même aux époques les plus reculées, ne fut pas ignorée.

Le document le plus ancien et le plus précis qu'on possède sur la matière est un document égyptien, le papyrus d'Ebers, ainsi nommé parce qu'il fut trouvé par le professeur Ebers, à Louqsor en 1873. Le docteur Henrich Joachim le publia en 1890 en allemand.

Ce papyrus, le plus vieux document de médecine connu, a 20 mètres de long et le texte en est divisé en 108 sections. D'après la plupart des auteurs, ce papyrus est moins un ouvrage original que le recueil des méthodes médicales qui se sont succédé dans la vieille Egypte de période en période. Ce qu'il y a de certain, c'est que son origine est fort ancienne. Commencé vers l'an 3700, il fut terminé 1550 ans avant notre ère et pieusement déposé par des mains inconnues au pied de la statue du dieu Anubis.

On trouve dans ce document de nombreux remèdes contre l'inflammation des gencives et le mal de dents. Un des plus populaires consistait à pulvériser de la jusquiame et à la pétrir avec du mastic. On plaçait la masse dans la partie supérieure de la dent et on répétait trois fois l'incantation. Nulle part il n'est fait mention de l'extraction ; cette opération était cependant pratiquée puisque, comme nous le verrons plus loin, on la faisait subir à certains criminels.

En somme, la thérapeutique dentaire est encore, à ce moment, assez grossière. C'est beaucoup plus tard, vers 500 ans avant J-C., qu'elle approchera davantage d'un art en devenant l'apanage de docteurs spéciaux. Hérodote d'Halicarnasse, qui vint en Egypte 450 ans avant J-C., rapporte, en effet, dans son second livre qu'à cette époque les médecins se partageaient l'exercice de la médecine ; les

uns s'occupaient de la tête, d'autres des dents, d'autres des yeux, du tronc ou des membres. On voit que les médecins spécialistes ne datent pas d'hier.

Il semble que les médecins dentistes du temps d'Hérodote connaissaient l'obturation des dents. On a trouvé, en effet, sur des momies qui paraissent dater de cette époque, des molaires qui portaient au milieu de la face triturante un point d'or enfoncé et rivé de telle sorte que les siècles n'ont pu encore détruire l'adhérence du métal avec l'ivoire. Certains auteurs n'ont voulu voir là qu'un sujet d'ornementation. Mais les Egyptiens, qui avaient au plus haut point, comme tous les peuples très raffinés, le goût du luxe et le désir de paraître, n'auraient point réservé à des objets de parure des endroits si discrets ; ils auraient paré les dents antérieures et non celles du fond de la bouche. Il s'agit bien, en réalité, de caries dentaires obturées avec de l'or.

La vieille Egypte n'ignorait pas davantage la prothèse dentaire. Les lois rigoureuses du pays punissaient de la perte des dents certains criminels. Ceux qui les perdaient naturellement devaient donc employer tous les moyens pour cacher un défaut qui pouvait compromettre leur réputation d'honnêtes gens. Belzoni, le savant égyptologue italien, a découvert dans des sarcophages égyptiens des dents artificielles grossièrement fabriquées et Perrine, de New-York, donne la description de pièces prothétiques trouvées dans des bouches de momies.

Au point de vue chronologique, après l'Egypte vient la Chine. Le mémoire de Nuei-King, qui a été écrit 2700 ans avant J-C. par l'empereur Houang-ty, le fondateur de la médecine en Chine, traite également du mal de dents. Le remède le plus recommandé est l'urine dont on met quelques gouttes dans la carie. Mais il semble que la thérapeutique dentaire n'ait pas fait les progrès que nous avons constatés chez les Egyptiens, et les Chinois de cette époque ne nous ont rien laissé démontrant qu'ils aient eu un souci particulier de réparer, par des pièces prothétiques, la nature en ruine.

En somme, c'est sur les bords du Nil qu'il faut placer l'origine de l'art dentaire, chez ce peuple égyptien qui occupa le premier rang parmi les nations civilisées de l'antiquité. Dr A. Soulé.

PHYSIOPATHOLOGIE

La doctrine de la physiologie et de la pathologie de l'assimilation des carbohydrates ;

Par le Dr S. A. Arany (Carlsbad Londres).

J'ai tâché de démontrer dans mon travail sur « la pathogénie du diabète », que bien que certaines lésions des organes diabétogènes produisent des symptômes diabétiques, ces derniers ne peuvent pas être considérés comme identiques avec le diabète humain. L'autopsie des diabétiques ne montre que séparément des changements des organes diabétogénes et même dans ces cas il est douteux si les changements sont primaires, car ils peuvent être aussi secondaires, c'est-à-dire résulter de la maladie même ; ce fait est corroboré par la circonstance qu'en la majorité des autopsies diabétiques il n'y a pas de modifications des organes diabétogènes, comme aussi d'autre part par le fait que beaucoup de changements des organes en question n'ont pas révélé de glycosurie intra vitam. Comme prétexte à notre ignorance, nous nous servons des prétendus dérangements fonctionnels et non diagnosticables des organes diabétogénes et attribuons à la cellule et à son protoplasme toutes les fonctions vitales, qui demeurent incompréhensibles pour nous.

Certains procédés tels que la piqûre et l'éloignement du pancréas ne sont considérés par personne comme fonctionnels et prouvent seulement l'influence du systéme nerveux sur le contrôle du sucre, attendu que la premiére ne réussit pas chez des animaux affamés dont le foie est exempt de glycogène et que le dernier ne produit de glycosurie que si les nerfs du pancréas sont lésés eux aussi, c'est ce qu'a démontré Pflüger (2) par le broiement des nerfs conduisant du duodénum au pancréas en contournant la glande et ses vaisseaux et produisant la glycosurie

Quoique ces expériences soient trés intéressantes par elles-mêmes, elles ne font que confirmer le fait bien connu ; que le système nerveux régularise toutes les fonctions vitales, et de même qu'il y a des centres pour la motion et la sensation, de même il y en a pour l'assimilation et chaque lésion de ces centres entraîne la perte d'une certainne fonction. Mais de même qu'un membre devenu incapable par suite de carie ou par un autre processus local ne peut pas être considéré comme une lésion centrale, on ne peut attribuer les cas de diabète non accompagnés de changements des organes diabétogénes à ces derniers. Mais la connaissance des centres du sucre et les conséquences de leurs lésions n'éclaire pas sur l'assimilation respectivement sur la perte de l'assimilation du sucre ; et les glycosuries expérimentales, à l'exception du diabète de phloridzine, dans lequel la glycosurie phloridzine se décompose en sucre dans les reins, raison pour laquelle il n'y a pas d'hyperglycémie, n'ont qu'un symptôme en commun avec le diabéte humain, à savoir l'hyperglycémie. La glycosurie expérimentale repose sans doute sur des causes nerveuses et le sucre qui la caractérise provient des dépôts de glycogène du corps. Il est moins facile de répondre à la question suivante : comment l'hyperglycémie se produit-elle dans les cas où il n'y a pas de changements des organes diabétogènes. Pour obtenir une idée de ce qui se passe dans ces processus mystérieux, il nous faut considérer :

Les conditions physiologiques.

Celles-ci sont malheureusement tout aussi peu éclaircies que la pathologie du diabète, et les physiologistes ne nous soumettent pas moins d'hypothéses que les pathologistes.

La plupart se rallient à l'hypothése d'aprés laquelle le sucre résorbable parvient par les vaisseaux capillaires de l'intestin et par la veine porte au foie dont les cellules se transforment en glycogène. Ce procédé, disent les partisans de cette théorie, prévient l'envahissement du sang par le sucre et régularise la teneur en sucre du sang. Pavy (3) conteste cette théorie en déclarant que le sucre arrivant dans les voies sanguines quitte ces dernières dans le même état par les reins avec l'urine à cause de la simple construction moléculaire du sucre, comme il le voyait après des injections intraveineuses du sucre. Pavy conteste aussi que ce soit le foie qui prévient l'envahissement du sang par le sucre, parce quei de Filippi (4) n'apercevait pas de glycosurie chez des chiens dont le foie était isolé de la circulation sanguine et dont la nourriture consistait en amylacées, mais lorsque les chiens recevaient du sucre comme tel, la glycosurie se montra. Pavy conclut de cette expérience que le sucre comme tel ne peut pas parvenir au sang et qu'il doit, avant d'y arriver, entrer en une synthèse protéinique avec les lymphocytes, qui se trouvent en grand nombre dans la paroi intestinale. D'aprés cet auteur une petite partie du sucre échappe à cette synthèse et est amenée au foie où il se transforme en glycogène.

De Filippi lui-même conclut de son expérience que la conversion du sucre en glycogène n'est pas une particularité du foie seulement, mais que les muscles, eux aussi, peuvent engendrer ce processus, attendu qu'il n'y avait pas eu de glycosurie aprés que le foie eut été ôté à la circulation.

Je me vois obligé de contredire de Filippi, car son expérience ne prouve point que les muscles peuvent transformer le sucre en glycogéne, et jusqu'ici nulle expérience n'a réussi à prouver que le glycogène se trouvant dans les muscles soit produit par ces derniers. Diverses expériences ont démontré que la conversion du sucre en glycogéne constitue une propriété exclusive

du foie et nous savons par les recherches de Grube (5) que le foie dans lequel on fait circuler du sang est capable de transformer du sucre en glycogène.

Külz (6), en voulant prouver que les muscles possèdent la même propriété, introduisait du sucre par des injections sous-cutanées dans des grenouilles dont on avait extrait le foie, et trouvait que le glycogène des muscles était augmenté après les injections. Mais cette expérience n'est point concluante, parce que nous connaissons la destinée du sucre injecté, même dans les animaux ayant leur foie, c'est-à-dire qu'il quitte l'organisme dans le même état par les reins et ne se transforme pas en glycogène. L'augmentation du glycogène observée par Külz était donc due à un afflux de glycogène du sang, produit par un accroissement de pression du sang à la suite des injections.

Mais les conclusions de Fillipi sont également fausses parce que concédant pour un moment que les muscles possèdent la propriété dont il s'agit,la question se porte plus haut : pourquoi les muscles ne produisent-ils pas de glycogène, après l'ingestion du sucre ? question qui nous entraînerait à conclure que les muscles sont capables de transformer les amylacées en glycogène, mais non pas le sucre. Considérant le fait que l'expérience de Filippi ne peut pas être considérée comme une preuve de la faculté supposée des muscles, c'en serait trop si on voulait encore différencier cette faculté non prouvée des muscles, et il est plus juste et plus raisonnable de ne chercher le siège de la formation du glycogène que dans le foie pour lequel nous avons assez de preuves qu'il peut transformer et emmagasiner du glycogène. Nous savons aussi que le dépôt glycogénique du foie disparaît par la piqûre comme aussi par des autres lésions et irritations du système nerveux ; ceci nous autorise à conclure qu'une partie du glycogène quitte le foie en conséquence d'une influence nerveuse et parvient par les voies sanguines aux muscles, où il se transforme en partie en énergie et où il s'amasse en partie comme matière de réserve.

Ayant discuté le siège de la formation du glycogène, il nous faut retourner à la théorie glycogénique elle-même, selon laquelle tous les carbohydrates absorbées parviennent au foie à l'état de sucre, où ce dernier se transforme en glycogène. Or, nous avons vu que des animaux dont le foie est isolé de la circulation,opération qui s'appelle aussi fistule d'Eck, ne montrent pas de glycosurie quand ils recoivent comme nourriture des amylacées, ce qui prouve que les amylacées ne sont pas transformées en glycogène, en outre la quantité totale du glycogène de l'organisme est à peu près de 30 gr. quantité qui ne correspond qu'à une partie insignifiante des carbohydrates absorbés, et la théorie glycogénique ne nous apprend nullement où passent les carbohydrates qui ne sont pas transformés en glycogène.

Mais les expériences de Pavy ne sont pas concluantes non plus : en effet l'injection et l'élimination subséquente du sucre ne prouvent pas que le sucre absorbé par l'organisme ait la même destinée, le chimisme particulier des produits de l'organisme et spécialement l'affinité existante entre les différents corps chimiques produits par l'organisme peuvent empêcher que le sucre absorbé ait la même destinée que le sucre injecté

Or, nous savons que l'expérience de la fistule d'Eck ne peut pas produire de glycosurie *ex amylo*, mais elle est apte à produire de la glycosurie *ex saccharo*, circonstance qui m'amène à croire que l'organisme n'utilise pas les différents carbohydrates de la même façon, parce qu'après l'ingestion d'amylacées il n'y avait pas de la glycosurie et qu'après celle du sucre il y en avait. Cela me fait croire que le sucre de la nourriture est transporté au foie où a lieu sa conversion en glycogène ; quant au sucre dérivé des polysaccharides, il est utilisé d'une façon différente, car il n'y a pas de glycosurie dans l'expérience avec la fistule d'Eck après l'ingestion de ces derniers, et nous savons que dans cette expérience le foie est en dehors de la circulation, raison pour laquelle il ne peut y avoir de formation de glycogène.Un fait qui prouve que le glycogène n'est produit que par le sucre de la nourriture c'est aussi que la quantité totale du glycogène amassée dans le foie et les muscles ne correspond qu'à une partie insignifiante des carbohydrates absorbés et pour cela l'excédent doit être transformé en une matière différente.Il est impossible actuellement de soutenir avec assurance ce qu'est cette matière, mais il est certain que la transformation du sucre doit avoir lieu avant que ce dernier n'entre dans la circulation du sang, parce que, comme nous l'avons vu dans l'expérience avec la fistule d'Eck, il n'y avait pas de glycosurie ; ceci prouve que la conversion du sucre s'est produite sans l'assistance du foie et par conséquent avant l'entrée du sucre dans la circulation. Notre connaissance du chimisme de l'assimilation est trop incomplète pour décider comment ce changement a lieu et nous ne pouvons même dire s'il s'agit d'une décomposition où d'une synthèse. L'hypothèse de Pavy est incomplète même comme hypothèse, parce que, concédant que les carbohydrates forment cette synthèse avec les protéines, cela ne se peut comprendre qu'au cas des glycoprotéïdes ; mais ces derniers se trouvent en si petite quantité dans l'organisme qu'on ne peut pas les considérer comme des produits de transition de toutes les amylacées absorbées.Il me semble donc plus vraisemblable que la partie des carbohydrates qui ne se transforme pas en glycogène est transformée en graisse. La preuve que les carbohydrates peuvent être transformés en graisse, c'est que les animaux dont la nourriture consiste principalement en carbohydrates possèdent la plus grande couche de graisse, et cette dernière peut aussi s'agrandir dans l'organisme humain en ajoutant une grande quantité de carbohydrates à la diète.

La conversion du sucre en graisse se produit sans doute dans l'intestin, procédé qui prévient l'envahissement du sang par le sucre. Il est impossible de dire, comment cette conversion a lieu et par quelles transformations chimiques doivent passer les polysaccharides jusqu'à leur conversion en graisse, attendu que nous ignorons les produits intermédiaires de cette transformation, et il est même douteux que les amylacées doivent être transformées en une substance d'une structure aussi simple et si diffusible que le sucre avant leur conversion en graisse, et il n'est pas impossible que les amylacées ne se décomposent qu'en maltose, matière qui est transformée par déperdition d'oxygène en graisse.

Des procédés semblables sont observés dans le règne végétal et on peut observer que la graine oléagineuse verte contient beaucoup de carbohydrates et pas d'huile, mais après l'entrée en maturité, cette proportion varie et la graine contient beaucoup d'huile et pas de carbohydrates. Un procédé analogue peut avoir lieu dans l'intestin et ce procédé prévient l'entrée du sucre comme tel dans le sang.

En reprenant l'expérience de Filippi, nous trouvons, qu'après l'ingestion des amylacées,il n'y avait pas de glycosurie alors qu'après celle du sucre comme tel il y en avait, ce qui me porte à croire que le sucre comme tel n'est pas utilisé de la même façon que les amylacées et il est évident que le premier est transporté par le sang dans le foie, lequel le transforme en glycogène, quant aux amylacées et aux poly-saccharides en général, il semble probable qu'ils se transforment en graisse dans l'intestin avant leur entrée dans le sang.

Les différents processus de l'absorption et de l'assimilation sont attribués en partie à l'action des ferments. La combinaison chimique des ferments est inconnue et nous savons aussi très peu de leur action. On a trouvé par exemple un ferment dans le foie, qui peut transormer le glycogène en sucre. Selon la majorité des auteurs, l'action de ce ferment est de transformer le glycogène en sucre, qui est transporté au sang pour suppléer à la teneur en sucre du sang. En présence de cette théorie la question se pose de savoir : si ce ferment se trouve dans le foie,pourquoi ne transforme-t-il pas tout le glycogène du foie en sucre ? On pourrait répondre que le foie ne produit qu'autant de ferment qu'il est nécessaire pour suppléer à la teneur en sucre du sang, mais cette réponse devient insuffisante quand on considère qu'on attribue à tous les ferments la qualité que même la moindre part du ferment peut produire à l'infini l'action qui la caractérise, parce que le ferment lui-même ni se change, ni se trouve pas dans le produit final. Il est alors déraisonnable de chercher le siège du ferment dans le foie et il est évident que le glycogène amassé dans le foie quitte ce dernier et arrive au sang dans le même état où sa conversion en sucre a lieu. Celle-ci est effectuée en proportion du besoin de sucre du sang ; ceci s'oppose à ce que la teneur en sucre du sang passe la proportion normale, tandis que le glycogène superflu est transporté aux muscles ou il se dépose comme matière de réserve. Cette opinion s'appuie sur la présence du glycogène et de ses composants dans le sang et Bial (7) a réussi à trouver un ferment dans le sang qui possède la propriété de transformer le glycogène en sucre ; donc le ferment injustement

attribué au foie provient du sang, quoique von Wittich (8) se soit efforcé de prouver le contraire en obtenant du ferment après le lavage du foie, procédé qui n'est pas concluant, car le lavage n'exclut pas la possibilité qu'une petite quantité de sang contenant du ferment soit restée dans le foie. Il est bien vraisemblable que le ferment en question est dans un état inactif dans le sang et est mis en activité par une substance que le sang ne reçoit que pendant le temps où l'action du ferment est nécessaire. On rencontre des substances de ce genre, comme nous le verrons bientôt dans d'autres procédés assimilatifs et on les nomme activateurs, et bien que leur combinaison chimique soit inconnue, on sait qu'ils suppléent à l'action des ferments. Ainsi le glycogène transporté au sang ne sera transformé en sucre qu'au cas où le ferment reçoit de l'activateur et il est bien sûr que le sang ne reçoit qu'autant de ce dernier que corresponde la teneur normale en sucre du sang, et dès que le besoin du sang est couvert la remise de l'activateur cesse de suite et le glycogène superflu passe dans les muscles, qui les transforment en partie en énergie et en partie l'amassent comme matière de réserve. La circonstance que les auteurs trouvèrent également du ferment actif dans le foie aussi bien que dans le sang ne prouve pas que le ferment soit en état actif dans le sang, il prouve uniquement que le ferment trouvé par les auteurs était déjà mis en activité. L'existence d'un ferment actif dans le sang ou le foie est entièrement exclue, car en supposant que le ferment fût actif, tout le glycogène du foie se transformerait en sucre ce qui engendrerait une hyperglycosurie et il s'en suit que la teneur normale en sucre du sang ne peut-être régularisée que par un ferment inactif.

Nous avons vu comment le sang est suppléé avec du sucre et maintenant la question se pose de savoir ce que devient le sucre dans le sang ? Quoique Lépine ait découvert un ferment glycolytique dans le sang, on ignore tout de l'utilisation du sucre par le sang, car on ne connaît pas les produits intermédiaires du sucre, bien qu'on suppose que les produits finaux de cette décomposition soient de l'acide carbonique et de l'eau.

Nous nous occuperons maintenant de l'assimilation des carbohydrates complets, c'est-à-dire des polysaccharides. Nous savons que ceux-ci viennent premièrement en contact avec le mucus, lequel transforme une partie de l'amidon en dextrine. Quelques auteurs maintiennent que le mucus contient un ferment identique au ferment diastatique du pancréas capable de transformer l'amidon non seulement en dextrine, mais aussi en sucre, mais cette assertion n'est pas prouvée, car même si le mélange consistant en amidon et mucus a réagi en sucre dans l'éprouvette, il n'est pas impossible que le mélange ait contenu du sucre ou des bactéries, ce qui est encore plus vraisemblable. Tout ce que l'on peut affirmer avec certitude c'est qu'une partie de l'amidon se transforme en dextrine par le mucus, procédé qui se complète dans l'intestin. L'assimilation dans l'intestin est effectuée avec la collaboration du pancréas et de l'intestin, le premier sécrétant le ferment diastatique qui transforme l'amidon en dextrine et celle-ci en maltose, tandis que le dernier contribue à l'assimilation par le suc intestinal et l'activité des cellules intestinales pour transformer en graisse les composant de l'amidon. Une telle collaboration est déjà admise dans l'assimilation des albumines, où la trypsine est suppléée dans son action par le suc intestinal ou pour mieux dire par une substance qu'il renferme substance que l'on nomme entérokinase, mais que jusqu'à présent on n'a pas réussi à isoler.

Il est impossible d'établir quelle substance du suc intestinal effectue la conversion des composants de l'amidon en graisse, mais je ne crois pas me tromper en supposant que cette substance est fournie au suc intestinal par la flore intestinale. Les bactéries intestinales jouent un rôle important dans l'assimilation de quelques denrées et ceci est prouvé par les recherches d'Ellenberger (10), qui a démontré que le suc intestinal du cheval après avoir été bouilli ou filtré, perd sa propriété de résoudre la cellulose. Schottelius (11) nous donne aussi une preuve de la collaboration des bactéries dans l'assimilation. Cet auteur a trouvé que des poulets, qui immédiatement après l'éclosion reçoivent une nourriture stérilisée ne prospèrent pas, mais l'auteur ayant ajouté des bactéries à la nourriture, les poulets se rétablirent.

Ces expériences nous autorisent à conclure que le suc intestinal reçoit certaines substances des bactéries se trouvant dans les intestins, substances qui peuvent activer certains ferments ou effectuer indépendamment certaines fonctions assimilatives et une telle collaboration des bactéries intestinales peut avoir lieu dans la conversion des composants de l'amidon en graisse. Il est impossible de déterminer où l'action du pancréas cesse et où celle du suc intestinal commence, mais on est généralement d'avis que la diastase ne décompose l'amidon qu'en maltose et que cette dernière est transformée en glucose par un ferment nommé glucose. Il est bien vraisemblable que ce dernier procédé est déjà dû à l'action du suc intestinal, c'est-à-dire à l'action des bactéries ; cette opinion est confirmée par la décomposition analogue du sucre de canne dont la décomposition en glycose et fructose a lieu, comme on le sait, dans l'intestin. La conversion du sucre en graisse doit être considérée comme une symbiose, c'est-à-dire une action réunie de la flore intestinale et des cellules intestinales. Nous avons vu dans les expériences mentionnées ci-dessus que des cellules végétales et animales peuvent se réunir pour accomplir des actions chimiques et l'on ne peut davantage nier que leur collaboration soit plausible dans le procédé en question pas plus que le fait que les carbohydrates se transforment en graisse.

Il est aussi vraisemblable que la propriété de transformer des carbohydrates en graisse est une qualité spécifique des plantes, raison qui oblige peut-être l'organisme animal à s'associer avec le règne végétal afin de pouvoir accomplir cette fonction.

La marche ultérieure des graisses est suffisamment connue, on sait qu'elles arrivent par le ducte thoracique et la veine anonyme dans la circulation.

Il arrive alors que les monoscaccharides, en vertu de leurs caractère diffusible, sont transportés par la veine porte au foie où ils sont transformés en glycogène. Selon les recherches de Grube, la lévulose, dextrose et galactose sont également bien transformées en glycogène par le foie, quant au sucre de canne et à la lactose, ceux-ci ne peuvent pas être transformés en glycogène parce qu'ils ne se décomposent que dans l'intestin et sont utilisés comme les autres polysaccharides. Ceux-ci, après leur décomposition, se transforment en graisse et cette dernière est transportée par le ducte thoracique et la veine anonyme au sang.

On doit considérer le glycogène et la graisse comme des matières de réserve et des représentants d'énergie latente. Tous deux sont caractérisés par leur grande oxydabilité, aussi l'organisme, quand il a besoin d'énergie, a-t-il tout d'abord recours à eux.

On ne peut pas décider si tous les polysaccharides sont transformés en graisse, mais il n'est pas exclu que les glycoprotéides prennent naissance de la fçon supposée par Pavy.

Dans le diabète.

Nous trouvons que les carbohydrates sont entièrement ou en partie retirés à l'assimilation. c'est-à-dire, qu'ils ne s'assimilent pas ou que du moins ceci n'a lieu que partiellement, et quittent l'organisme à l'état de sucre dans l'urine. Il y a alors un dérangement dans la chaîne des procédés assimilatifs, car le sucre ne se décompose ni ne se transforme et il en résulte une hyperglycosurie c'est-à-dire que la teneur normale en sucre du sang est pathologiquement augmentée, le sang est inondé de sucre et doit éliminer l'excédent avec l'urine.

Considérant les différentes formes du diabète, nous trouvons que dans la glycosurie *e saccharo* il n'y a pas de sucre dans l'urine qu'au cas où le sucre comme tel était absorbé par le malade, circonstance qui prouve qu'il y a une stagnation dans la formation du glycogène, car nous avons vu que le sucre absorbé comme tel dans les circonstances normales se transforme en glycogène et on pourrait attribuer cette glycosurie à un dérangement fonctionnel des cellules hépatiques. Mais il ne faut pas oublier que l'hyperglycosurie peut être aussi la conséquence d'une conversion excessive du glycogène en sucre due à un trop grand approvisionnement d'activateur. Rappelons aussi à ce propos que l'activateur est probablement une substance d'une origine bactérienne, non produite par l'organisme lui-même et que dans le diabète il y en a une surproduction.

Dans la glycosurie *ex amylo* il y a aussi de la glycosurie après l'ingestion des amylacées ; ceci nous montre qu'outre la teneur normale du sang, ce dernier contient encore un surplus du sucre, surplus, qui n'arrive pas au sang comme tel dans les conditions

physiologiques mais se transforme en graisse avant son entrée dans la circulation. Il est alors évident qu'il nous faut supposer une erreur quelconque dans le procédé assimilatif ayant lieu dans l'intestin et on peut conclure que les bactéries vivant en symbiose avec l'organisme n'exercent pas leur fonction habituelle, c'est-à-dire qu'elles ne fournissent pas la substance nécessaire pour la conversion du sucre en graisse, par suite de quoi le sucre échappe à cette conversion et occasionne de l'hyperglycosurie.

Il est un fait bien connu: que certaines bactéries produisent dans leurs conditions vitales des substances utiles à l'organisme; mais quand les conditions vitales changent, les mêmes bactéries non seulement ne produisent pas la substance utile, mais elles peuvent aussi acquérir la propriété de produire des substances nuisibles pour l'organisme, c'est-à-dire des toxines. Il est également connu que dans la forme grave du diabète même la restriction totale des carbohydrates ne peut pas prévenir l'hyperglycémie et la glycosurie et la question se pose : d'où vient le sucre ? Il va sans dire que si le sucre n'est pas dérivé des carbohydrates il doit être dérivé des autres aliments, c'est-à-dire des albumines et des graisses. Cette formation perverse de sucre peut aussi être attribuée à l'action des bactéries, car les conditions vitales des bactéries suppléant la substance nécessaire à la conversion du sucre en graisse ont pu devenir défavorables, et les bactéries, au lieu de fournir la substance nécessaire au processus physiologique, fournissent une toxine possédant la faculté de transformer la graisse en sucre.

Cette toxine que j'ai appelée glycotoxine dans mon ouvrage sur « La pathogénie du diabète » peut aussi posséder la propriété de transformer les albumines en sucre, ce qui est facile à comprendre dans le cas des glycoprotéïdes, mais plus difficile dans le cas des autres albumines.

On ignore comment les albumines se transforment en sucre et von Noorden (12) présume que le sucre dérivé des albumines est produit par synthèse, quoique cet auteur ne nous donne aucune explication sur la manière dont cette synthèse s'effectue. Quoi qu'il en soit, il me paraît vraisemblable (13) que la synthèse est précédée par une décomposition anormale des albumines, qui s'est substituée à l'assimilation normale dès la progression de la maladie. Il est aussi vraisemblable que cette décomposition pathologique des albumines est produite par la gylocotoxie et que cette dernière peut posséder la propriété de cette formation du sucre synthétiquement.

Un accompagnement de cette formation perverse du sucre est :

L'acidose.

Mais il faut laisser indécis si l'acidose est la conséquence de la décomposition anormale des albumines ou si la dernière est produite par la première (Arany). On sait par différentes recherches que des acides peuvent produire la décomposition d'albumine et de glycosurie, et Walter (14) a même réussi a produire du coma typique chez des lapins par l'administration de grandes doses d'acide muriatique, expérience qui nous autorise à supposer que la décomposition toxique d'albumines et la glycosurie dans le diabète sont probablement produites par des acides d'origine bactérienne. Il faut considérer alors la formation d'acides comme un produit toxique des bactéries et l'action de ces acides consiste vraisemblablement à réduire l'alcalinité du sang et par là à retarder l'oxydation. On n'a pas encore décidé si cette action n'est due qu'à l'acide B oxybutyrique ou aussi à ses dérivés l'acide acétacétique et l'acétone, bien qu'Albertoni et Pisente (15) aient démontré que même de grandes doses d'acétone, 6 gr par jour, ne pouvaient pas causer de symptômes d'intoxication chez les lapins, quoique l'administration eût été continuée pendant 3 semaines.

D'un autre côté, nous avons vu que l'acide muriatique est capable de produire une condition semblable au coma diabétique, ce qui nous autorise à supposer que l'acide B oxybutyrique n'est pas le véritable auteur du coma et des symptômes diabétique et dans le cas d'améliorations des épreuves du sang je ne serais pas surpris d'apprendre, que l'acide B oxybutyrique n'est qu'un dérivé d'un acide d'une virulence beaucoup plus grande que celle de la première.

Une preuve incontestable du caractère toxique du diabète est l'expérience de Roque, Dévic et Huguenecq (16), mais il est regrettable que ces auteurs n'aient envisagé que l'acidose. Ils injectèrent du sang d'un diabétique comateux dans les veines des lapins et produisirent chez ces derniers des symptômes excessivement toxiques ; mais quand l'alcalinité du sang injecté fut augmentée les symptômes toxiques diminuèrent de gravité. Mais le fait que le sang diabétique est moins toxique quand son alcalinité est aggrandie ne prouve pas que le sang diabétique n'agit comme une toxine que par son acidité ; en effet tous ceux qui ont observé des malades comateux savent que l'administration ou l'injection de l'alcali peuvent retarder l'apparition du coma, mais la littérature ne possède pas de cas où les alcalis ont pu prévenir le coma. D'un autre côté Riess (15) a décrit des cas de coma typique dans le cancer, l'anémie pernicieuse et autres maladies cachectiques et d'où le diabète était exclus et l'on sait également que les grandes hémorragies engendrent aussi un état identique au coma diabétique. Si on tient compte de toutes ces considérations, on arrive à la conclusion que le coma est produit par un certain changement du sang et il devient évident que ce n'est pas seulement l'alcalinité réduite dans laquelle il faut rechercher la cause du coma dans la perte du sang. Le fait que le cancer et l'anémie pernicieuse peuvent aussi causer le coma permet de supposer que dans le coma diabétique il y a aussi une toxine d'une virulence beaucoup plus grande que celles des acides organiques trouvés dans le sang des diabétiques, toxine qui non seulement diminue l'alcalinité du sang, mais change aussi les corpuscules du sang, c'est ce qui a lieu, comme on le sait, dans l'anémie pernicieuse.

La question de savoir si le diabète est une maladie infectieuse a été discutée par beaucoup d'auteurs et je suis d'avis que si on appelle maladie infectieuse un état produit par un virus provenant du monde extérieur, on ne peut pas répondre à la question affirmativement, car le facteur de la maladie se trouve aussi, quoique dans autres conditions vitales et par suite dans une forme différente dans l'organisme de l'individu sain et pour cette raison la maladie ne peut être regardée que comme une auto-infection.

Il va sans dire qu'à la question de savoir si le diabète est une maladie contagieuse il convient également de répondre négativement, bien que quelques auteurs se soient efforcés de prouver le contraire, et Boissumau (18) mentionne 101 cas de diabète chez des époux et Schmitz (19) fait mention de 26 malades jouissant d'une bonne santé jusqu'au moment où ils attrapèrent le diabète dans leur commerce avec des diabétiques. Plus curieux encore est le cas de Naunyn (20), concernant une jeune femme, qui pendant une visite d'une quinzaine de jours chez un couple marié, qui tous deux souffraient du diabète, attrapa la maladie, qui fut heureusement d'un caractère éphémère. Une mention spéciale est due à l'observation de Senator (21). Cet auteur fut consulté par un confrère de 42 ans exerçant dans un village de 2.500 habitants. Le confrère souffrait du diabète dont il s'aperçut peu de temps après avoir amputé la jambe gangrénée d'un diabétique. En outre du médecin il y avait dans la même rue encore cinq diabétiques et un d'entr eux tenait un restaurant où les quatre autres et le docteur se rencontraient fréquemment. Six diabétiques dans un endroit de 2.500 habitants et dans la même rue, c'est pour le moins une curieuse coïncidence ajoute l'auteur. J'ai eu moi-même 10 couples mariés diabétiques en traitement, mais j'opine avec Senator que cela ne prouve pas la contagiosité du diabète.

L'hérédité joue un rôle important dans le diabète et elle a été prouvée dans 1/5 des cas de la littérature ; tous ceux qui ont soigné un grand nombre de diabétiques ont eu l'occasion de traiter plusieurs membres de la même famille pour cette affection. Mais il ne faut pas interpréter faussement ce fait, car il ne signifie pas que le diabète comme tel soit héréditaire, il signifie seulement que dans certaines familles il y a une prédisposition pour le diabète. Cette prédisposition, que l'on peut constater, comme je l'ai démontré (22), dans la goutte également et qui joue aussi un rôle important dans la tuberculose, peut être transmise du parent à l'enfant. D'autre part, dans les 4/5 des cas l'hérédité est entièrement exclue et il arrive assez souvent aussi que les descendants des diabétiques ne montrent jamais aucun symptôme de la maladie ; ceci nous autorise à dire que bien qu'on ne puisse nier une prédisposition diabétique dans certaines familles la maladie peut attaquer tout le monde.

Pour résumer ce qui précède on arrive à la conclusion suivante: que la teneur normale du sang en sucre est 1 0/000, quantité qui n'est pas surpassée dans les conditions normales même après une ingestion excessive de carbohydrate. La teneur en sucre est maintenue par la conversion des carbohydrates en matière de réserve. Différentes expériences permettent de conclure que le sucre dérivé des divers carbohydrates est différemment utilisé par l'organisme, et ainsi le sucre absorbé comme tel est transporté par la veine porte au foie dont les cellules le transforment en glycogène. Celui-ci, qui fournit le sucre au sang et aux muscles et aux autres organes l'énergie, quitte le foie en conséquence d'une influence nerveuse et arrive dans le même état, c'est-à-dire non changé, au sang où il se transforme en sucre par un ferment en proportion de la quantité de l'activateur fournie au sang. Le sang ne reçoit de ce dernier qu'autant qu'il est suffisant pour compléter la teneur normale en sucre, et le glycogène superflu est transporté aux muscles où il est transformé en partie en énergie et en partie amassée comme matière de réserve. Les polysaccharides,après avoir été décomposés par le mucus et le pancréas, sont transformé en graisse par l'action des cellules intestinales et du suc intestinal, et il est vraisemblable que l'action de ce dernier est due à une substance produite et suppléée par les bactéries intestinales vivant en symbiose avec l'organisme.

Dans les conditions pathologiques,il y a une conversion excessive de glycogène en sucre et stagnation de la conversion du sucre en graisse, ce qui fait présumer que l'organisme et les bactéries n'agissent pas concurremment comme dans les conditions physiologiques. Les conditions défavorables peuvent causer une augmentation comme aussi une stagnation des fonctions physiologiques des bactéries et si les conditions vitales s'aggravent encore, les bactéries peuvent acquérir la propriété de décomposer les substances engendrées par les bactéries dans les conditions normales, c'est-à-dire qu'elles transforment les graisses et les albumines en sucre. Le diabète peut alors être considéré comme une autoinfection et on n'est pas justifié de le regarder comme une maladie contagieuse. car l'auteur du mal est aussi dans l'individu sain, quoique dans des circonstances différentes et alors dans une autre forme. L'hérédité joue un rôle important dans le diabète, mais celle-ci doit être considérée comme une prédisposition de changer les conditions vitales des bactéries en conditions défavorables.

Nous avons relevé le rôle important joué par les bactéries dans certains procédés chimiques non dissous et nous sommes convaincus que le seul moyen de les éclaircir est la connaissance exacte de la flore intestinale. Celle-ci est aussi importante à la physiologie qu'à la pathologie et tant que nous ne connaîtrons pas exactement la flore intestinale, les procédés physiologiques et pathologiques ne seront pas éclairés. Inutile de dire quelle importance thérapeutique s'attache à la connaissance exacte de la flore intestinale et combien il serait facile de corriger certaines erreurs assimilatives par un supplément des bactéries.

BIBLIOGRAPHIE

1. S.A. Arany.— Note on the pathogeny of diabetes. *Medical Press*, 1908, févr. — Le même : Zur Pathogenese des Diabetes. *Pester Med. Chir. Presse*, 1908, nos 27-28. — Le même : A diabetes pathogenesis. *Orvosi Hetilaps*, 1908, mars.

2. E. Pflueger. — Untersuchungen über den Pankreasdiabetes. *Pfluger's Archiv.*, Bd. 118, 119.

3. F. W. Pavy. — Three lectures on the pathologie and treatment of diabete, *Lancet*, 1908. — Le même : Carbohydrate metabolism.

4. De Filippi. — Der Kobtenhydratstoffweichsel bei den mit Eck'scher Fistel operierten Hunden. *Zeitschr. für Biologie*, Bd, 50.

5. K. Grube. — Weitere unters über Glykogenbildung. *Pfluger's Archiv*. Bd. 107.

6. E. Kulz. — Bildet der Muskel Selbstaudig Glykogen ? *Pfluger's Arch.* 24.

7. Bial. — Ueber die diætatische Wirkung des Brut, und lymphserseriums. *Pfluger's Archiv.* 53.

8. Von Wittich. — Ueber das Leberferment. *Pfluger's Archiv.*, 7.

9. E. Abderhalden. — *Lehrbuch der phys. Chemie.*

10. Ellenberger. — *Archiv. für Physiologie*, 1906.

11. Schottelius. — Die Bedeutung der Darmbakterian für die trahrung. *Archiv. für Hygiene*. Bd. 34.

12. Von Noorden. — Stoffwechselkrankleinten.

13. S. A. Arany. — Das diabetische Regime. *Zeitschr. für diæt. u phys. Therapie*, 1909. févr. — Le même : The diabete Regime. *The Medical Press*, 1909 févr. — Le même : Die therapie des Diabetes. *Pester Med. Chir. Presse*, 1909, mai. — Le même : A diabetes gyogyitasa, 1909, mai.

14. Walter. — Ueber die Wirkung der Sauren in tierisch organismus. *Arch. f. exper. Path.*, Vll, 1877.

15. Albertonie Pisente. — Aziome dell Acetono e dell' Acido acetacetico. *Arch. delle Scienze med.* Xl, 1887.

16. Roque. Dévic et Huguenecq. — Coma diabétique. *Revue de Médecine*, 1892.

17. Riess. — Coma diabeticum sine diabete. *Zeitschr. f. klin. Med.*, Vll.

18. Boissumeau. — *Gazette hebdomadaire*, 1867.

19. Schmitz. — Kann der Diabetes übertragenwerden. ? *Berl. kl. Woch.*, 1890.

20. Naunyn. — Der Diabetes mellitus.

21. Senator. — Die Zuckerkrankh. bei Ehelenten in ihre übertragbarkeit. *Berl. kl. Woch.*, 1908.

22. S. A. Arany. — La doctrine de la goutte. *Le Progrès Médical*, 1909. Contributions to the pathogeny differentiation and treatment of gout. *Medical Press*, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 juillet 1910.

Sur l'immunisation du lapin contre le poison des amanites à phalline. — MM. ***Radais*** et ***Sartory*** ont employé pour les essais d'immunisation le suc retiré par expression des amanita mappa et phalloïdes, mis à l'abri des fermentations par l'essence de moutarde.

Il résulte de ces essais que le lapin peut être immunisé contre le poison phallinien et résister à la dose sûrement mortelle ; cette immunisation, obtenue en quatre mois environ, ne résiste pas à une suspension d'un mois du traitement immunisant.

De nouvelles recherches fixeront les propriétés du sérum des animaux immunisés.

Réalisation de la transthermie sans altération des tissus normaux par le bain thermo-électrique. — M. ***Doyen*** — Pour réaliser une répartition régulière de l'effet thermique dans les plaies soumises à la d'arsonvalisation, l'auteur verse de l'eau salée dans la plaie, on la retient par un bourrelet pneumatique non conducteur. Le bain thermo-électrique élève la température de la plaie dans toute son étendue et permet d'obtenir exactement l'effet utile, c'est-à-dire la température de 55 à 58° qui détruit les cellules pathologiques, notamment celles du cancer, sans altérer les cellules normales, et prévient ainsi, d'après l'auteur, la réinoculation des cellules cancéreuses. Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1910

Le ballottement sus-hépatique, signe nouveau des kystes hydatiques de la convexité du foie. — M. ***Chauffard*** attire l'attention sur un signe nouveau qu'il a constaté récemment chez une malade atteinte d'un kyste hydatique énorme du foie, remontant en avant jusqu'à la troisième côte. La main gauche étant placée transversalement en avant, au niveau des 2e et 3e espaces intercostaux droits, les doigts de la main droite accrochent en dessous le rebord du lobe hépatique droit et ébranlent par une petite série de secousses dirigées de bas en haut la masse hépato-kystique. A chaque secousse la main perçoit un choc léger, un véritable ballottement au niveau de l'espace intercostal élargi et tendu. Ce signe ne peut être obtenu qu'en avant et dans le décubitus horizontal

Il complète le signe décrit l'an dernier par M. Chauffard dans les kystes hydatiques de la convexité sous le nom de flot transthoracique.

La réunion des deux modes d'exploration permet, pour ainsi dire, de cuber la masse hépato-hydatique, le signe du flot donnant le diamètre antéro-postérieur, et le signe du ballottement le diamètre vertical.

Les hypertrophies solides du foie, même très volumineuses, ne paraissent pas donner le ballottement sus-hépatique.

Etiologie et prophylaxie de la cirrhose granulée du foie, dite encore cirrhose atrophique, cirrhose alcoolique, de Laënnec, etc. — M. ***Lancereaux*** a déjà, à plusieurs reprises, émis l'opinion que, dans l'étiologie de ces cirrhoses, les sulfates ajoutés aux vins constituaient l'agent causal le plus important.

Il conviendrait donc de supprimer le plâtrage et le sulfatage et de les remplacer par des produits conservateurs inoffensifs.

Traitement chirurgical de la symphyse médiastino-péricardique. — MM. ***Pierre Delbet*** et ***Hirtz*** présentent un homme qui, grâce à un désossement de la région précordiale, est passé brusquement d'un état asystolique grave à un état de bien être qui se maintient. Ce malade était atteint d'une symphyse cardiaque.

On pratiqua une simple résection costale, sous anesthésie locale à la novocaïne additionnée d'adrénaline ; on réséqua de 7 à 9 centimètres les 3e, 4e et 5e côtes en conservant le périoste de leur face profonde. L'amélioration fut immédiate.

Actuellement le malade circule librement, monte les escaliers sans ressentir d'essoufflement. Mais naturellement on ne peut préjuger de l'avenir.

Election. — MM. ***Pagliani*** (de Turin) et ***Filehme*** (de Breslau), sont nommés membres correspondants de l'Académie (1re section).

Séance du 12 juillet 1910.

Formes anormales de la coxalgie. — M. ***Kirmisson.*** — C'est une erreur de croire que la coxalgie se traduit toujours par les signes classiques ; il peut y avoir des lésions visibles à la radiographie (usures de la tête et de la cavité cotyloïde), alors que le sujet n'accuse pour ainsi dire pas de douleur et qu'il n'existe qu'une très légère claudication avec limitation des mouvements. Une maladie infectieuse intercurrente (rougeole) donne un coup de fouet à ces troubles qui aboutissent ensuite rapidement à la production des attitudes vicieuses. Le diagnostic de ces coxalgies à forme insidieuse pourrait être aisément confondu avec la *coxa vara.* Au praticien d'observer avec soin les moindres troubles de la marche pour éviter des erreurs préjudiciables au malade et à lui-même.

Mécanisme et reproduction cinématographique du phénomène de la phagocytose. MM. ***Levaditi, Comandon*** et ***Mutermilch***, en se servant du procédé de M. Comandon, ont enregistré les diverses phases du phénomène de la phagocytose des trypanosomes au moyen de la photographie cinématographique. Ils projettent une série de films montrant l'attachement des trypanosomes aux globules blancs, leur englobement et leur destruction, et aussi tous les détails de la trypanolyse.

L'asthme endocritique. — MM. ***Léopold Lévi*** et H. de ***Rothschild*** décrivent sous ce nom l'asthme qui comporte parmi les mécanismes de sa production une perturbation importante des glandes endocrines. Ils reconnaissent l'existence d'un asthme thyroïdien, d'un asthme ovarien, d'un asthme thyro-testiculaire, et considèrent que la question d'un asthme par troubles de la surrénale se pose.

Dans tous les cas, entre le centre asthmogène et les causes infectieuses, toxiques, viscéropathiques, se trouve interposé l'appareil endocrine sur lequel agissent les mêmes causes.

De la douleur en chirurgie. — M. L. ***Picqué.***

Pulpes vaccinales et basses températures. — MM. ***Kelsch***, L. ***Camus*** et ***Tanon.***

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1910

Action des opiacés nouveaux, leur emploi éventuel dans la cure du morphinisme. — ***Morel-Lavallée.*** — La méthode la plus commode dans le traitement du morphinisme paraît être celle qui, au début, substitue à la morphine en piqûre, des narcotiques voisins ou similaires, administrés en ingestion. Les trois derniers venus dont il faut comparer les résultats sont : l'héroïne (qui ne peut servir à la démorphinisation, parce qu'elle est plus toxique que la morphine) ; la dionine (qu'on ne peut administrer que par voie hypodermique et qui coûte très cher) ; enfin le Pantopon.

Le Pantopon, découvert et étudié par Salhi de Berne, est de l'opium total injectable ; sa composition est constante ; il a toutes les propriétés de l'opium complet dans ses effets sédatifs, anti-toxiques et psychiques.

M. Morel-Lavallée a établi, dans son service, des essais comparatifs entre l'opium et le Pantopon, et il semble possible, dès à présent, de conclure que l'on possède un produit excessivement intéressant, capable de rendre de très grands services dans la pratique journalière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet 1910.

Cancer du col et hystérectomie subtotale. — M. ***Témoin*** (Bourges). — J'ai jusqu'à ce jour pratiqué 1.067 hystérectomies abdominales pour fibromes, dont 925 subtotales et 140 totales. Sur ce nombre considérable, je n'ai vu que 3 cas de cancer développés postérieurement à l'opération. Deux d'entre eux ont apparu après l'hystérectomie subtotale ; le 3e après l'hystérectomie totale ; ce dernier cancer s'est développé sur les parois du vagin et s'est propagé à la vulve et au rectum.

M. ***Bazy.*** — J'ai également vu un cancer se développer dans le fond du vagin d'une femme que j'avais opérée d'un fibrome en pratiquant l'hystérectomie totale.

Traumatisme et goitre exophtalmique. — M. ***Delorme*** présente un rapport sur une communication de M. ***Lienez*** (armée) qui, se basant sur 3 cas observés par lui, émet l'avis qu'un traumatisme cérébral peut à lui tout seul amener les accidents du goitre exophtalmique. Ces 3 cas peuvent se résumer ainsi :

Dans le premier, il s'agit d'un officier qui, sans aucune tare pathologique autre que du paludisme, tombe de cheval sur la tête, et qui, après quelques légers troubles attribuables à la commotion cérébrale reprend son service. Mais deux mois après il est pris de troubles nerveux inquiétants : il a un regard fixe, sans exophtalmie appréciable, le lobe droit du corps thyroïde est augmenté de volume. Le pouls est à 104 ; il y a un certain battement carotidien, du tremblement des doigts. Enfin, le sujet, devenu très nerveux, a manifestement maigri. Actuellement et malgré l'absence de traitement, son état s'est amélioré ; mais il n'est pas complètement guéri.

Dans le second il s'agit d'un jeune homme qui tombe sur la tête du haut d'une voiture. Il reste plusieurs jours sans connaissance et ne peut reprendre aucun travail avant trois mois. Au bout de ce temps il se met à maigrir et est pris d'une tachycardie très gênante. M. L..., qui le vit 4 ans après son accident, constate qu'il présente une exophtalmie légère, une hypertrophie du lobe thyroïdien droit. Le pouls est à 98 pulsations. Le sujet fut réformé.

Dans le troisième enfin, il s'agit encore d'un officier qui est victime d'une commotion cérébrale légère par chute de cheval. Un mois après, il se met à maigrir, devient très faible. Le lobe thyroïdien droit devient volumineux. On note du battement carotidien, un peu d'exophtalmie, de la tachycardie (110), du tremblement, de la céphalalgie, des insomnies. Traité par l'hémato-thyroïdine, son état s'améliora rapidement et il est actuellement presque complètement guéri.

On voit que ces 3 cas semblent montrer l'existence d'un basedowisme traumatique comparable au diabète traumatique et qui serait différent du goitre exophtalmique par lésions glandulaires.

Kyste suppuré de l'ouraque. — M. ***Arrou*** présente un rapport sur une observation communiquée à la Société par M. Tricot (armée) et ayant trait à un soldat, n'ayant aucun antécédent urinaire et qui fut pris de douleurs vagues dans la région ombilicale. Ces douleurs allèrent en s'accentuant et l'obligèrent à se présenter à la visite. Il n'y avait ni fièvre ni troubles intestinaux

ou urinaires. A l'ombilic rien à l'inspection mais seulement une zone douloureuse à la pression. Pendant 8 jours aucun nouveau symptôme ne se montra. Au bout de ce temps la température monta légèrement (37°7) et on trouva un peu de saillie au point douloureux. On pensa à un abcès de la paroi qu'on se prépara à évacuer. Mais comme on brossait au préalable la région, cet abcès s'évacua de lui-même au niveau de l'ombilic, donnant issue à un flot de pus jaune verdâtre, filant, sans odeur. Une sonde cannelée introduite par l'orifice se dirige verticalement en bas et aboutit à une sorte de cavité qu'on incisa. Cette cavité du volume d'une mandarine contenait un calcul du volume d'une olive. Cette poche était tapissée d'une membrane ayant l'aspect d'une muqueuse. Elle était fermée de toutes parts mais elle tenait par sa partie inférieure à la vessie par un cordon plein, gros comme le petit doigt. Ce cordon (ouraque) fut coupé et lié, et la poche ré-équée. La guérison se fit sans incident.

Il n'y a pas eu d'examen histologique ; mais il semble qu'on ait incontestablement eu affaire à un kyste suppuré de l'ouraque, suppuration dont l'origine est restée inconnue.

Phlegmons stercoraux et cancers de l'anse sigmoïde. — M. *Savariaud.* — Les phlegmons stercoraux sont une complication importante à connaître dans le cancer térébrant de l'anse sigmoïde et qui bien que déjà maintes fois signalée, n'est pas encore classique et est parfois passée sous silence dans les traités. J'ai eu l'occasion d'en observer deux cas intéressants.

La première observation a trait à un jeune sujet, d'origine tuberculeuse, qui présente un phlegmon subaigu de la fosse iliaque gauche. Ce phlegmon s'accompagne de troubles intestinaux qui font soupçonner la nature cancéreuse du mal : constipation et hémorragies. L'abcès est incisé. Il se fistulise et par cette fistule s'écoule une sanie fétide séro-sanguinolente. Puis des bourgeons cancéreux apparaissent dans la cicatrice, envahissent la paroi. Un anus artificiel est établi et la mort survient quelques mois après.

La seconde observation ressemble à la première avec cette différence toutefois qu'ici la tumeur a une évolution remarquablement lente. Le malade qui vit encore après plusieurs années a un état général assez satisfaisant. Son abcès, incisé il y a 10 mois s'est fistulisé, mais le blessé peut néanmoins vaquer à ses occupations.

Les phlegmons stercoraux et les fistules qui leur sont consécutives ne sont pas rares dans les cancers du gros intestin, dans les cancers térébrants, lesquels, bien que moins fréquents que le cancer purement sténosant, sont loin d'être rares. Aussi ces complications doivent-elles devenir classiques. Elles peuvent, en effet, être la première manifestation importante de ces cancers qui peuvent rester insoupçonnés jusqu'au moment où apparaît un phlegmon de la paroi.

Aussi, en présence d'un phlegmon de la fosse iliaque, il faut toujours rechercher le cancer intestinal possible.

Une fois éliminé l'adéno-phlegmon iliaque, le phlegmon dû à un corps étranger quelconque, le diagnostic se circonscrit entre le cancer et la sigmoïdite. Il se basera surtout sur la marche de l'affection et sur la forme de la tuméfaction. La fièvre et la douleur sont des signes de perforation intestinale, mais n'indiquent en rien la cause de celle-ci. L'hémorragie intestinale appartient presqu'exclusivement au cancer.

La longue durée de l'affection, le jeune âge du sujet, ne permettent pas d'éliminer avec certitude le cancer.

Le pronostic du cancer térébrant du gros intestin est très grave. Lorsqu'il se complique de phlegmons et de fistules, toute opération radicale est impossible ; il faudra le plus souvent se contenter d'une opération palliative et surtout de l'anus iliaque.

Présentation de malades.—M. *Tuffier* présente une malade à laquelle il a fait récemment (après castration totale) une double greffe ovarienne sous la peau de la paroi abdominale.

M. *Morestin* présente un malade auquel il a réséqué pour lésions tuberculeuses une grande étendue de l'os iliaque.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 juillet.

Chancre mou du poignet. — MM. *Gaucher* et *Druelle*. — Il s'agit d'un malade porteur de chancres mous de la verge, qui s'est inoculé un chancre mou au niveau du poignet. Un sillon de gale a servi de porte d'entrée au bacille de Ducrey.

Syphilis mutilante de la face très améliorée par l'hectine. — MM. *Gaucher* et *Jacob* présentent un homme qui, en 1903, contracta la syphilis. Cette affection revêtit très vite chez lui une grande malignité. Après 2 mois 1/2 de traitement, le malade quitta le service du Pr Gaucher pour entrer successivement dans tous les services de l'hôpital. Il présenta des lésions mutilantes de la face, mais chaque fois que le traitement mercuriel était mis en œuvre une stomatite intense apparaissait. On était obligé de l'interrompre. Depuis quelque temps on essaie les injections d'hectine (à ce jour 14 injections de 0 gr. 10 cent.). L'amélioration sous l'influence de cette médication a été vite manifestée au point de vue des lésions locales. L'état général lui-même s'est amélioré.

M. *Danlos* connaît très bien le malade que vient de présenter M. Gaucher, il l'a eu plusieurs fois dans son service. Le sirop mixte l'améliora toujours assez vite.

Nævus pigmentaire en pèlerine. — M. *Gaucher*. — Ce cas n'est pas seulement remarquable par la taille et la configuration de la lésion, mais surtout parce que la malade qui en est atteinte présente des stigmates de syphilis héréditaire (nez en lorgnette, voûte palatine ogivale, autrefois diplégie cérébrale infantile dont il reste des traces). Cette malade est donc intéressante au point de vue de l'origine hérédo-syphilitique possible des nævi.

Recherches sur la présence du tréponème pâle dans la glande pituitaire des hérédo syphilitiques. — MM. *Paris* et *Sabaréanu*. — Il semble, d'après les auteurs, qu'au cours de la vie fœtale, les spirochètes respectent le lobe nerveux de l'hypophyse, mais se fixent assez souvent dans le lobe antérieur puisqu'ils ont pu l'y déceler dans 43 % des cas. Cette localisation ne paraît d'ailleurs se réaliser que lorsque la plupart des organes sont simultanément parasités, mais il ne semble pas que les tréponèmes élisent jamais comme siège exclusif la glande pituitaire.

Sporotrichose du dos de la main simulant objectivement le kérion tricophytique. — MM. *Thibierge* et *Weissenbach* présentent un homme âgé de 30 ans, jardinier, qui vit se développer lentement sur le dos de la main gauche, au mois de janvier 1908, après un traumatisme, une tuméfaction peu douloureuse. Trois mois plus tard, cette tumeur s'ulcéra et donna issue par de petits pertuis à un pus jaunâtre mal lié. En mai 1910, la lésion se présentait avec les caractères suivants : placard de la taille d'une pièce de 5 francs, surélevé, à bords saillants, indurés, entourés d'une aréole rouge. La culture du pus révéla la nature sporotrichosique de ce kérion et 4 semaines de traitement ioduré ont amené sa guérison presque complète.

Leucoplasie linguale syphilitique précoce. — M. *Balzer* a observé un malade ayant contracté la syphilis en octobre 1909, et qui présenta un début de leucoplasie linguale six mois après le chancre. La leucoplasie s'accentua très vite.

MM. *Gaucher* et *Lacapère* admettent que la leucoplasie linguale précoce succède aux plaques muqueuses, la plaque serait en quelque sorte la préface de la leucoplasie. Cette opinion est contestable. Ce malade en tous cas n'a pas eu de plaques muqueuses.

M. *Gaucher* a dit que dans les cas de leucoplaise précoce il s'agissait de malades ayant eu des plaques muqueuses récidivantes, mais il n'a jamais dit que la plaque muqueuse se transformait en leucoplasie.

Valeur de la réaction de précipitation avec le glycocholate de soude (méthode de Porges) pour le diagnostic de la syphilis. — MM. *Bodin* et *Chevrel* (de Rennes). — Afin de se rendre compte de la valeur de la réaction de Porges, pour le diagnostic de la syphilis, les A. ont examiné le sérum d'un certain nombre d'individus selon la technique indiquée par Roger et suivie par

Le Le Sourd et Pagniez : mélange de 2 cc. de sérum inactivé à 55° avec la même quantité de solution à 1 % de glycocholate de soude, le mélange est abandonné à la température de la chambre et examiné au bout de 18 à 24 heures. Seuls les cas où il s'est produit un précipité bien net ont été enregistrés comme positifs.

Voici les résultats obtenus :

50 personnes atteintes de syphilis avérée ont donné 31 réactions positives soit une proportion de 62 % des cas. Cette proportion a varié un peu selon les diverses périodes de la maladie.

10 malades parasyphilitiques (tabès ou paralysie générale) ont donné 6 résultats positifs.

D'autre part avec 100 individus chez lesquels on n'a pu relever aucune trace de syphilis il y a eu 14 fois une réaction positive. En somme, la réaction de précipitation avec le glycocholate de soude se produit chez les syphilitiques avec une fréquence non douteuse, mais on l'observe aussi, quoique moins souvent, chez des personnes non suspectes de vérole. Ce fait acquiert en l'espèce une importance très grande et enlève à cette réaction le caractère de spécificité nécessaire pour qu'elle puisse être appliquée d'une manière utile au diagnostic de la syphilis.

Réaction de Wassermann. Statistique de 200 cas.— M. *Gastou.*

A. Fage.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique éclectique, physiologique, philosophique ; par le Dr Le Cavelier, à Montréal (Canada) ; 1 fort vol. chez Bazele, éditeur à Paris, 247, rue St-Jacques, 1910.

Par cette 2e édition, l'auteur se révèle encore une fois comme un bon observateur et un thérapeute distingué. On trouvera dans ce livre des aperçus variés et étendus sur *la santé et la maladie*, les *toxi-infections* et les *auto-intoxications*. Ce sont ensuite d'excellents chapitres sur la thérapeutique des maladies de la nutrition et des glandes à secrétion interne, des maladies de l'estomac, de l'œsophage, de la bouche et du pharynx, de l'intestin, du cœur et des vaisseaux du poumon, de la plèvre, des bronches, du nez et du larynx, du foie, des reins, de la vessie et de l'urètre, des nerfs sensitifs et moteurs, de la moelle, de l'encéphale, etc.

Tout cela est judicieusement pensé, bien écrit et bien édité. On ne peut que recommander vivement cette lecture en félicitant le Dr Le Cavelier.

Hygiène du visage, par le Dr Paul Gastou (1 petit vol. des « Actualités médicales », chez Baillière et fils, 1910).

Ce petit ouvrage, dû au Dr Gastou, directeur du Laboratoire et chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital St-Louis, est intéressant. On y trouvera en bon résumé tout ce qui vise la prophylaxie et l'hygiène suivant les âges et les régions, ainsi que les cosmétiques (soins de beauté, art d'embellir), sans négliger la cosmétique physique et mécanique, médicale et chirurgicale, ainsi que la chirurgie esthétique.

Traité d'anatomie humaine. *Nouvelle édition, entièrement refondue* ; par A. Charpy, prof. d'anatomie à la Faculté de médecine de Toulouse, et A. Nicolas, prof. d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

Tome I. *Embryologie. Ostéologie. Arthrologie*, 1 fort vol. gr. in-8° de 870 pages, illustré de 825 figures dans le texte, en noir et en couleurs. Prix : 20 fr. (Masson et Cie, éditeurs.)

Le *Traité d'Anatomie humaine*, qui a d'abord porté le nom de Poirier, son fondateur, puis ceux de Poirier-Charpy, devient aujourd'hui, avec la troisième édition du premier volume, le Traité d'Anatomie de Charpy et Nicolas.

En 1892, le regretté professeur Poirier, qui n'était encore qu'agrégé, entreprit la publication d'un grand ouvrage d'anatomie, dans lequel les diverses branches de cette science, anatomie proprement dite, histologie, embryologie, devaient être étudiées avec le développement nécessaire et dans l'esprit scientifique qui transformait à ce moment les sciences naturelles. Il en traçait le plan et l'idée directrice dans la préface du premier volume. Il s'assurait en même temps le concours d'un certain nombre de collaborateurs et de dessinateurs de mérite, et lui-même, donnant l'exemple, écrivait successivement l'Ostéologie, l'Arthrologie et la Myologie, qu'il marquait de sa forte empreinte. L'œuvre, hésitante au début, par suite de difficultés matérielles, passait heureusement entre les mains d'une puissante maison d'édition, et devait depuis lors suivre un cours régulier.

Cependant, en raison de l'ampleur qu'elle prenait et malgré l'activité de celui qui l'avait créée, l'adjonction d'un second directeur s'imposait. A partir de 1898, le professeur Charpy devint l'associé de Poirier dans la conduite de la publication ; en même temps de nouveaux collaborateurs venaient augmenter et rajeunir le cadre de la rédaction.

Aujourd'hui, le fondateur du Traité est mort, emporté prématurément ; mais il a pu voir son achèvement et présider à une seconde édition. L'ouvrage s'accroissant tous les jours comme la science qu'il représente, la place laissée vide devait être remplie et le professeur qui a remplacé Poirier dans sa chaire de la Faculté de Paris, A. Nicolas, lui succédait naturellement dans la direction commune. C'est sous cette raison sociale nouvelle que la troisième édition se présente au public. Les efforts combinés de ceux qui dirigent cette grande publication, de leurs nombreux collaborateurs et de leurs éditeurs donneront un nouvel essort à l'œuvre si hardiment inaugurée par celui dont le nom reste justement en tête de la première page.

Le tome 1, dont la troisième édition vient de paraître, contient les matières suivantes : *Introduction*, par L. Manouvrier, professeur à l'Ecole d'Anthropologie ; *Embryologie*, par le professeur A. Prenant ; *Ostéologie*, par P. Poirier, entièrement revue et mise au courant par Chifoliau ; *développement et structure, des os*, par le professeur Nicolas ; *Arthrologie*, par P. Poirier, entièrement refondue et mise à jour par le professeur agrégé B. Cunéo ; *développement et histologie*, par le professeur Nicolas. Ce beau volume de près de 900 pages est brillamment illustré de 825 figures en noir et en couleurs, d'après les dessins originaux de Ed Cuyer et de A. Leuba.

Un mot au lecteur sur la publication par fascicules séparés. Il peut paraître incommode que l'ouvrage ne paraisse pas d'un seul bloc dans ses diverses éditions et ne soit pas toujours livrable sous sa forme complète. Ce serait en effet un défaut pour un manuel ou pour un livre didactique destiné à être lu et appris dans un court espace de temps. Mais pour un ouvrage aussi considérable que celui-ci, d'un prix relativement élevé et dont la revision d'une seule partie exige déjà beaucoup de temps, il y a tout avantage à publier des fascicules distincts, sorte de vastes monographies qui représentent une partie déterminée des sciences anatomiques. Le lecteur qui possède déjà une édition complète peut ensuite, suivant la nature de ses études et leur spécialisation, se procurer la nouvelle édition des fascicules qui l'intéressent plus particulièrement, sans être obligé d'acquérir l'ouvrage tout entier. L'expérienee a montré que cette manière de faire était favorable tout à la fois au travail de la rédaction et aux intérêts des lecteurs.

Les indications opératoires dans les maladies internes ; par le Pr Dr Hermann Schlessinger.

Dans cet ouvrage, l'auteur expose surtout les résultats de son expérience personnelle et c'est ce qui fait la valeur de ce livre. C'est un livre essentiellement pratique.

Etudiant rapidement l'aspect clinique des affections, S. insiste plus spécialement sur les indications et les contre-indications opératoires, sur les résultats qu'on peut attendre de l'intervention chirurgicale.

Les appareils plâtrés ; par J. Privat, assistant du Dr Calot. (Maloine, éditeur).

Ce livre est d'une utilité incontestable. M. Calot, dans la préface, fait remarquer avec juste raison qu'il n'existe pas d'ouvrage dans lequel le praticien trouve toutes les indications pour confectionner un bon appareil plâtré. Le livre du Dr Privat vient donc combler cette lacune. Les descriptions très nettes, très précises, accompagnées de très nombreuses figures qui en rendent la lecture plus facile, rendent certainement grand service au praticien.

TRAVAUX ORIGINAUX

Indications de la médication arsenicale dans le traitement de la syphilis;

Par G. MILIAN,
Médecin des hôpitaux.

La médication arsenicale dans la syphilis vient à nouveau d'éveiller l'attention des médecins, à l'ocasion du dioxydiamidoarsenobenzol dont Ehrlich vient de doter la thérapeutique sous le nom de hata.

Sans vouloir, avant la lettre, recommander ce produit qui, sans doute, possède une valeur curative identique à celle de ses prédécesseurs, tels que l'arsacétine ou l'hectine, il est permis, à cette occasion, d'indiquer en quelques mots dans quelles conditions l'arsenic peut être employé dans la cure de la syphilis, car il est aujourd'hui avéré que ce corps a un pouvoir curateur considérable sur les accidents de la vérole.

L'arsenic ne doit pas être considéré comme capable de supplanter le mercure. Ce serait une erreur qu'il serait dangereux de laisser s'accréditer dans l'esprit du public, trop enclin à se précipiter sur les médications nouvelles, dont il espère toujours la guérison définitive, et déjà si prévenu contre le mercure par les affichages des urinoirs et des siècles de superstition. Ce n'est pas à l'heure où, grâce à une incessante propagande, le public commence à être éclairé sur la valeur de la médication hydrargyrique qu'il faut jeter le trouble dans son esprit et détourner son attention du véritable antidote de la syphilis.

Ce n'est pas à dire qu'il faille rejeter l'arsenic de la thérapeutique de la vérole. Mais dans quelles conditions doit-il y rentrer ?

A deux titres : comme suppléant et comme adjuvant.

a) *L'arsenic suppléant du mercure*: il y a des sujets qui ne tolèrent pas le mercure. Les intolérants complets sont rares.

Intolérance absolue : je n'en ai, pour ma part.jamais rencontré qu'un seul cas, sur un nombre considérable de malades qu'il est possible d'estimer à plusieurs milliers. C'était dans le service du professeur Fournier, dont j'étais alors le chef de clinique et qui fait allusion à cette lamentable observation dans une séance de la Société de prophylaxie de l'année 1904 ou 1905. Il y avait là un malheureux jeune homme atteint depuis un an d'une syphilis qui l'avait rendu aveugle. Il était couvert, des pieds à la tête, de syphilides psoriasiformes extrêmement confluentes. Dès qu'il prenait du mercure sous quelque forme que ce fût (pilules, frictions ou injections), il était pris d'une diarrhée sanglante telle qu'il fallait suspendre immédiatement la médication. Ce pauvre homme mourut, quelque temps après, d'accidents cérébraux, sans qu'on ait pu tenter la moindre thérapeutique active. La médication arsenicale aurait peut-être pu quelque chose pour lui.

De pareils cas sont heureusement fort rares, et il est vraisemblable que bien des médecins terminent leur carrière sans en avoir jamais rencontré.

Intolérance partielle. Les cas d'intolérance partielle sont au contraire assez fréquents. Il y a un assez grand nombre d'individus, peut être un sur vingt, qui ne supportent pas longtemps le mercure, surtout l'huile grise, en injections. Après un temps plus ou moins long, après trois semaines de pilules par exemple, l'estomac se révolte ; après quatre injections d'huile grise, des phénomènes d'intolérance générale apparaissent, cela dès le début de la maladie, plus souvent à une cure ultérieure de la deuxième ou de la troisième année. Il peut se faire pourtant que le sujet ait besoin de continuer le traitement antisyphilitique pour des accidents en activité. L'arsenic peut dès lors suppléer le mercure pendant une durée plus ou moins longue, trois semaines ou un mois, par exemple, pour permettre à l'organisme l'élimination du mercure et la continuation du traitement hydrargyrique après celle-ci.

b) *L'arsenic adjuvant du mercure.* Chez les syphilitiques dont la tolérance au mercure est normale, l'arsenic peut également être employé à titre d'adjuvant. Il renforcera ainsi l'action du mercure comme l'antipyrine renforce l'action du salicylate de soude dans la crue du rhumatisme articulaire aigu.

L'arsenic pourra être donné *pendant* ou *dans l'intervalle* des cures mercurielles, doublant dans le premier cas, prolongeant dans le second l'action de la cure.

Le doublement de la cure pourra être très utile en cas d'accident grave et tenace : telle une syphilide ulcéreuse phagédénique qui résiste aux doses usuelles de mercure. L'addition d'arséniate de soude pourra venir à bout de la lésion.

La prolongation de la cure sera indiquée pour empêcher les récidives si fréquentes de certaines syphilides, des syphilides linguales en particulier. La médication arsenicale permettra de continuer la cure antisyphilitique, lorsqu'on aura atteint la limite usuelle des cures mercurielles.

Enfin l'arsenic trouvera encore son indication, comme on l'indiquait autrefois déjà, chez les syphilitiques atteints en même temps d'*anémie*, de *paludisme* ou de trypanosomiase, maladies dont il est le médicament spécifique.

Troubles digestifs et crises d'épilepsie ;

Par M. le Dr A. RODIET
Médecin en chef des asiles d'aliénés

Parmi les troubles fonctionnels constatés chez les épileptiques, on remarque la fréquence des troubles digestifs, soit qu'ils s'accusent seulement à l'époque des crises, soit qu'ils aient été constants.

Les observations qui suivent concernent 10 femmes épileptiques examinées à l'asile Saint-Yon.

Tout d'abord au moment des accès, on note souvent la constipation et la diarrhée. La diarrhée peut survenir après l'accès ou bien précéder l'attaque, ou bien encore on observe des alternatives de constipation et de diarrhée. Dans une de nos observations, une crise de dysenterie est apparue comme épisode ayant entraîné un état grave favorablement influencé, du reste, par les injections de sérum Vaillard et Dopter. Après cette crise, les attaques d'épilepsie ont augmenté d'intensité et de fréquence.

On sait, en effet, qu'à la suite d'une déperdition de liquide, c'est-à-dire d'une cause d'affaiblissement, l'épileptique présente des accès plus fréquents.

C'est ainsi qu'un malade du service de Féré, qui n'avait qu'un ou deux accès par mois, en eut 37 dans les quelques jours qui suivirent une diarrhée profuse. Quant à la constipation, c'est une cause d'accès chez l'épileptique par l'intoxication qu'elle entraîne. Certains auteurs ont même confondu le traitement de l'épilepsie avec le traitement de la constipation. « Toute auto-intoxication « doit être combattue, dit Chas-Todd (1), en particulier « celle qui résulte de la constipation.

(1) Note sur la façon de combattre l'élément toxique dans le traitement de l'épilepsie par CHASS-TODD (Chicago). *The Chicago medical Recorder*, avril 1898, page 337.

« Il faut donc : 1° ordonner exclusivement du lait, des « fruits, des légumes, du poisson ; 2° donner des bains « chauds; 3° faire vivre au grand air ; 4° faire boire beau- « coup pour laver l'organisme ; 5° donner du bromure ; 6° « entretenir un relâchement permanent de l'intestin. »

Chez la plupart de nos malades, ces troubles fonctionnels du côté de l'intestin s'accompagnaient de phénomènes gastriques. La dyspepsie, lorsqu'elle existe, s'ajoute à la prédisposition héréditaire pour déterminer l'attaque. En d'autres termes, tel malade atteint d'un embarras gastrique, s'il n'est pas prédisposé à l'épilepsie, n'aura qu'une migraine, de l'insomnie, un état de malaise passager. Ce même malade, s'il est déjà épileptique ou prédisposé à l'épilepsie, sous la même influence, aura une attaque ou une série d'attaques.

La dyspepsie chez les épileptiques a été observée depuis longtemps, et Tissot, Delasiauve, Féré, Voisin et Maurice de Fleury, ont insisté sur son importance et sa fréquence. Sur 10 épileptiques prises au hasard à l'asile Saint-Yon parmi 100 malades présentant des attaques comitiales, 7 étaient atteintes de troubles digestifs. Ce qui prouve la relation entre l'embarras gastrique et l'accès comitial, relation si bien mise en valeur par Voisin et Maurice de Fleury, c'est la relation constante notée par Herther et Smith, entre l'intensité des putréfactions intestinales révélées par l'indican et le scatol dans les urines, et la fréquence des crises. Tel était le cas chez les 10 malades femmes soumises à notre observation. Pas d'indican, mais une légère proportion de scatol chez deux malades, des traces seulement dans une observation ; pas d'indican et de légères traces de scatol, dans une autre observation ; des traces d'indican et de scatol chez deux sujets, et enfin une forte proportion de scatol dans un seul cas. Or, pour ce dernier sujet, qui était atteint de dilatation d'estomac avec alternatives de diarrhée et de constipation, les crises étaient fréquentes et violentes.

On sait aussi que, chez les femmes épileptiques, l'époque menstruelle est favorable au retour des attaques. Le fait est noté dans plusieurs observations. Il présente cet intérêt qu'on peut encore expliquer par une insuffisance des fonctions gastro-intestinales au moment des règles, cette fréquence des accès en même temps que par les modifications de la tension artérielle. Presque toutes les femmes, en effet, à l'époque de leurs règles, digèrent moins facilement, ont l'haleine moins fraîche, et il n'est pas rare de voir à leurs lèvres quelques boutons d'herpès indices de fermentations anormales du tube digestif (1). Souvent même, ainsi que le fait encore remarquer M. de Fleury, certaines femmes nerveuses présentent au moment de leurs règles des modifications du caractère semblables à celles de l'épileptique qui va avoir sa crise : énervement, besoin d'activité, colères, etc. La venue du flux menstruel rétablit l'équilibre. On trouve encore d'autres raisons d'associer les deux phénomènes : embarras gastrique et crise d'épilepsie. Nos malades, parmi les symptômes prodromiques éloignés de l'accès, présentaient de l'anorexie et un état de malaise gastrique plus ou moins prononcé.

En même temps que leur caractère devenait plus irritable, plus susceptible, plus maussade, elles se plaignaient d'avoir une bouche amère, pâteuse et réclamaient une purgation. Ces phénomènes duraient plusieurs heures, quelquefois un jour ou deux, puis l'accès éclatait brusquement. Chez certaines malades, ces symptômes n'existaient pas avant la crise, mais se produisaient après l'attaque. Chez d'autres, ils précédaient et suivaient la crise, de sorte que pendant plusieurs jours la malade s'alimentait difficilement et s'amaigrissait.

(1) Maurice de Fleury. — Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement. Rueff, éditeur, Paris.

C'est ainsi que, dans une observation, on note la fréquence de l'embarras gastrique s'accompagnant de gastralgie aussi bien avant qu'après les accès.

Une autre malade ne s'alimentait pas pendant la journée qui précédait les crises. Dans une 3e observation, l'anorexie et le refus d'aliments a duré trois jours avant une période de crises, et il a fallu alimenter la malade à la sonde. La gastralgie précédait l'accès dans un 4e cas. Deux malades, parmi les 10 épileptiques examinées, étaient atteintes de vomissements, et les vomissements s'accompagnaient de migraine et de nausées.

D'autres phénomènes gastriques sont intéressants à observer, surtout à la période d'aura. Voisin cite le cas d'une malade qui avait une aura motrice se manifestant par le sentiment de la faim. Si, au moment où elle sentait venir sa crise, cette malade buvait du chocolat, elle pouvait arrêter l'accès convulsif, mais, si elle ne satisfaisait pas immédiatement sa faim, elle avait un accès.

Nothnagel et Schutz pensent qu'on ne peut arrêter une attaque en faisant prendre au malade une boisson ou un aliment que si la maladie est d'origine réflexe ou partielle. Voisin (1) croit qu'on obtient le même résultat par les mêmes moyens dans le cas d'épilepsie essentielle.

Parfois, l'aura gastrique est calmée par l'ingestion d'eau de fleur d'oranger ou d'eau glacée. C'est ainsi que dnns une de nos observations, la malade éprouvait, quelque temps avant sa crise, une sensation de gêne et de pesanteur. Elle demandait un verre d'eau. Si elle avait le temps de le boire, l'attaque ne se produisait pas ; si au contraire on ne se rendait pas immédiatement à son appel ou si elle n'avait pas le temps de se servir elle-même, elle entrait en crise.

En résumé, mastication gênée, digestions souvent pénibles, salivation retardée, troubles intestinaux se manifestant par la constipation ou la diarrhée, tels sont les symptômes fréquemment observés chez nos malades. En outre, le mauvais état gastrique, fréquent chez les comitiaux, est encore entretenu par la médication bromurée. Du reste, soit que la digestion même normale influe sur la production des crises, soit que les crises, survenant pendant ou après le repas, aient une influence sur la digestion, il y a souvent coïncidence entre l'heure des repas et le moment des accès. Il semble que les accès viennent de préférence avant le repas et lors de l'introduction des aliments dans la bouche, parfois aussi au commencement de la période digestive.

L'existence, chez les épileptiques ayant de fréquents accès d'état de mal, des mêmes symptômes : dilatation de l'estomac, atonie gastro-intestinale, urines riches en indican et en scatol, confirme l'hypothèse du retentissement sur le cerveau de l'auto-intoxication gastro-intestinale. On peut même se demander, avec Kussmaul, Voisin et Maurice de Fleury si, dans plusieurs cas, la dilatation gastrique préconvulsive n'est pas la seule cause du paroxysme qui la suit fréquemment. On sait que chez certaines dyspeptiques, la ptose de l'estomac et de l'intestin s'accompagne de crises de migraine ou de malaises avec baisse de la pression sanguine, à l'occasion d'une fatigue et d'un épuisement momentané du système nerveux.

Les substances formées dans l'organisme pendant l'acte de l'assimilation et de la désassimilation jouent un grand rôle dans la genèse de l'épilepsie. « Elles sont cause, dit

(1) J. Voisin. — L'épilepsie. Félix Alcan, 1897.

« Weber (1) chez les personnes prédisposées, d'une into-« xication de l'écorce cérébrale qui détermine les atta-« ques. Dans le traitement on devra surtout s'attacher à « faciliter les phénomènes d'assimilation et de désassi-« milation et éliminer les substances toxiques ».

La même opinion est soutenue d'une façon plus générale par Armand Gautier (2). « La répétition fréquente « des émotions de toute sorte, écrit-il, les chagrins, les « préoccupations d'affaires, le manque de sommeil, agis-« sent sur la nutrition et la désassimilation ».

Toute cause directe ou indirecte de troubles des fonctions digestives et assimilatrices paraît avoir pour conséquence une production exagérée de déchets azotés, production démontrée par la toxicité urinaire. Ces substances, presque toutes nocives et de nature semi-alcaloïdique transportées aux organes par le sang agissent sur les centres nerveux. Cette action se manifeste d'abord par une irritation, une excitation, puis par de l'affaiblissement.

Chez l'épileptique, cet épuisement du système nerveux se manifestant par l'affaiblissement de l'énergie vitale et la paresse musculaire et chimique de tout l'appareil digestif, entraîne une surproduction de toxines alimentaires, puis l'excitation de tout l'organisme, l'ascension de la tension artérielle et finalement les convulsions.

Il reste cependant à expliquer pourquoi tel individu a des accès épileptiques sous l'influence de causes incapables de produire le même phénomène chez d'autres.

Joffroy (3), s'appuyant sur de nombreux faits de pathologie générale, conclut que, chez l'homme comme chez les animaux, les mêmes influences ne produisent pas invariablement les mêmes réactions de l'organisme. Il y a une aptitude individuelle à prendre telle ou telle maladie et à réagir d'une façon particulière. L'individu normal traduit par des troubles gastro-intestinaux son état toxi-infectieux. Le dégénéré développe avec la plus grande facilité sur cette intoxication des troubles mentaux et nerveux : l'un aura des hallucinations, l'autre des idées délirantes, un troisième des accès épileptiques. Ce dernier seul est atteint de ce que Joffroy (4) appelle l'« aptitude convulsive » C'est la façon de réagir de son organisme défectueux.

Certains auteurs pensent que ce sont les composés ammoniacaux, notamment le carbonate d'ammoniaque, qui sont la cause des accès, lorsqu'ils existent dans l'organisme à une certaine dose. D'après les recherches de Guido-Guidi (5), la quantité des produits ammoniacaux excrétés avec l'urine augmente considérablement après les crises. De sorte que les crises ont pour effet de débarrasser l'organisme des composés ammoniacaux retenus en excès. Si chez l'épileptique la présence de toxines dans l'organisme fait éclater l'attaque, c'est qu'il a un système nerveux excitable par hérédité.

« Il faut qu'il existe surtout et avant tout une prédis-« position cérébrale, dit Cololian (6), et c'est un fait sur « lequel Joffroy insistait dans toutes ses leçons. Ainsi, « pourquoi la même dose de furfurol donne-t-elle chez des « lapins ou des chiens de même poids et de même taille, « chez les uns des secousses et des attaques, tandis qu'elle « ne produit aucun trouble chez les autres. Pourquoi la « morphine, dans les mêmes conditions de dose, de poids, « provoque-t-elle ici quelques convulsions isolées et là « de vraies attaques épileptiques avec crise initiale ?

« Pourquoi toutes les femmes en couche albuminu-« riques n'ont-elles pas de crises éclamptiques ? Parce « qu'il faut qu'il y ait une conformation de l'écorce telle « que les toxines non éliminées suffisent pour exciter les « zones épileptogènes.

Cette opinion soutenue par certains auteurs, notamment Maurice de Fleury, qu'un grand nombre d'accidents épileptiformes sont sous la dépendance de l'auto-intoxication d'origine alimentaire est encore basée sur d'autres faits :

1° La fréquence chez beaucoup de malades de troubles gastriques avec symptômes intestinaux et hépatiques ;

2° La présence dans les urines des vestiges de putréfaction intestinale (indican et scatol) ;

3° Les résultats obtenus sur les crises par les régimes et les médicaments qui contribuent à stériliser l'appareil gastro-intestinal et à diminuer l'intoxication d'origine alimentaire.

Si, en effet, on atténue et diminue les crises par des moyens hygiéniques tels que la suppression de l'alcool et des mets indigestes, le régime lacté et lacto-végétarien, les lavages de l'estomac et de l'intestin, les laxatifs répétés, etc., on atténue et diminue en même temps l'excitation corticale causée par les fermentations anormales du tube digestif.

(1) Weber. — Quelques idées nouvelles sur le rôle des auto-intoxication dans l'épilepsie.
(2) Armand Gautier. — L'alimentation et les régimes.
(3) A. Joffroy. — De l'aptitude convulsive ; des rapports de l'alcoolisme et de l'absinthisme avec l'épilepsie, 11 février 1900. *Gazette hebdomadaire*, n° 12.
(4) Joffroy et Servaux. — *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1er mars 1896, 1er juillet 1898.
(5) Guido Guidi. — Contribution à l'étude de l'auto-intoxication dans l'épilepsie.
Annales dell. Instituto psychiatria della Universita di Roma. Volume II, 1902-1903.
(6) Cololian. — La toxicité du sang dans l'épilepsie. *Archives de neurologie*, 1899, n° 39, p. 177.

Méningite cérébro-spinale due à l'association du méningocoque et du streptocoque chez un malade atteint d'otite ancienne ;

Par les Drs COLLIGNON et MAISONNET
Médecins aides-majors à l'hôpital du Val-de-Grâce.

L'affection d'un malade, observé dans le service du Professeur Sieur, mérite, pensons-nous, de retenir l'attention en raison de certaines particularités étiologiques, cliniques et thérapeutiques.

D..., soldat au 23e dragons, entre au Val-de-Grâce le 4 février 1910 pour surdité droite, consécutive à une angine survenue dans le milieu de janvier.

Ce malade, qui avait eu à l'âge de douze ans une otorrhée bilatérale, présente à l'examen un tympan cicatriciel adhérent au promontoire à droite, normal à gauche. Le pharynx et le nasopharynx semblent normaux. L'état général est excellent.

Le 16 février, alors que le malade guéri demandait à sortir, il présente une angine érythémateuse aiguë, avec abattement très marqué. La température est de 39°. L'on institue un traitement par des gargarismes et des attouchements du nasopharynx à la glycérine iodée, qui ramène, deux jours après, la température à la normale ; le malade n'accuse plus aucun malaise.

La température remonte cependant, quatre jours après, sans cause appréciable ; le 25 février elle atteint 39° ; le malade présente des vomissements alimentaires et bilieux, avec céphalée et avec vertiges, mais l'état général reste bon. L'on ne constate, le 26 et le 27 février, aucun signe de réaction méningée ; pas d'angine ; les oreilles et les mastoïdes sont normales, ainsi que les pupilles et les fonds d'yeux.

Le 28 au matin, les signes méningés apparaissent net-

tement, la température atteint 40°, le pouls est à 80, la raideur de la nuque est évidente, ainsi que le kernig et la raie méningitique ; néanmoins le malade répond parfaitement aux questions posées et n'est pas abattu.

L'on pratique alors une ponction lombaire, et l'on retire 30 cmc. d'un liquide blanchâtre, opalescent, dont la formule cytologique est représentée par une polynucléose presque exclusive (95 polynucléaires pour 5 mononucléaires et lymphocytes). L'examen microbien permit de constater quelques diplocoques intra-cellulaires ne prenant pas le Gram et dans lesquels le Professeur Vincent reconnut facilement le méningocoque. La précipito-réaction faite avec ce liquide est du reste nettement positive.

Le culot de centrifugation est ensemencé sur gélose-ascite et sur gélose inclinée. L'examen de ces cultures ne permit pas de déceler le méningocoque (il en est du reste ainsi dans 60 % des méningites à méningocoques). Le surlendemain seulement, un streptocoque très net fut identifié sur la gélose inclinée et obtenue en cultures pures.

Le 28 février, dès que la ponction lombaire eut montré qu'il s'agissait de méningite à méningocoque, l'on injecte dans la moelle 40 cmc. de sérum de Dopter. Le lendemain, l'état général du malade est le même : la température est à 40, le pouls bat à 100 pulsations par minute. Les signes de réaction méningée sont les mêmes, aucun trouble cérébral, idéation parfaite.

Une nouvelle ponction lombaire est pratiquée, suivie d'une nouvelle injection de 40 centimètres cubes de sérum antiméningococique. Le liquide céphalo-rachidien renferme encore une grande quantité de polynucléaires très déformés et l'on décèle très facilement, après coloration au Gram, des chaînettes très courtes de streptocoque. L'on ne voit pas de méningocoques intra-cellulaires.

A onze heures du matin, le professeur Sieur décide d'intervenir pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une complication méningée d'une otite. La trépanation montre que l'apophyse et l'antre sont parfaitement sains, la dure-mère est normale et il ne s'écoule, après qu'elle fut incisée, qu'un peu de sang. Une sonde cannelée introduite entre l'encéphale et les méninges de la base du crâne ne laisse écouler aucun liquide sous tension.

Pendant l'intervention, pratiquée après anesthésie à la cocaïne, le malade s'intéresse aux détails de son opération, il cause et reconnaît la voix des personnes présentes. Dans l'après-midi, le malade perd connaissance et délire.

Le lendemain, même état délirant et agité, l'on pratiue une ponction lombaire, suivie d'une injection dans le ul-de-sac rachidien de 0 gr. 10 de collargol dans 2 cm. de érum qui donne un liquide franchement purulent avec grumeaux abondants, rempli de polynucléaires déformés et de streptocoques. Le malade meurt dans l'après-midi.

Autopsie. — Les méninges ne présentent d'altérations qu'au niveau de la moelle, du bulbe, du cervelet et des pédoncules. Les méninges de la convexité sont saines, ainsi que les fosses cérébrales moyennes, les sinus latéraux, pétreux et caverneux. Aucune lésion à la coupe du cerveau ; la paroi des ventricules présente une coloration jaune sale due au collargol ; les osselets, les oreilles moyennes et internes sont normaux, pas de lésions des sinus ethmoïdaux et sphénoidaux.

En présence des accidents présentés brusquement par notre malade le 24 février, le diagnostic de méningite était facile à établir. Il n'en était pas de même du diagnostic étiologique. Chez un malade ayant eu une otite et une angine, quel est l'agent, quel est le point de départ de l'affection ? La thérapeutique en dépendait cependant, au cas où il se fût agi d'une complication otique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien permettait de constater la présence du méningocoque et celle du streptocoque, association peu fréquente, intéressante à signaler, mais il ne suffisait pas à déterminer la porte d'entrée des germes pathogènes. L'examen et les antécédents du malade devaient cependant faire éliminer le diagnostic d'origine otogène.

D..., en effet, appartenait à un régiment où quelques cas de méningite cérébro-spinale avaient été signalés ; il avait eu, avant son entrée et pendant son séjour, deux angines aiguës, d'autre part, l'examen de l'oreille ne montrait aucune lésion récente de cet organe. De plus, symptôme essentiel, le malade avait conservé une lucidité d'esprit parfaite, sans abattement, et c'est sur ce signe que le professeur Sieur affirma qu'il ne s'agissait pas d'une méningite d'origine otogène, caractérisée toujours par un abattement et un état de stupeur extrêmement marqué. En allant explorer les méninges, notre maître voulait, en s'assurant de l'absence des lésions auriculaires, drainer, s'il y avait lieu, la cavité méningée de notre malade.

La précision d'un tel diagnostic s'imposait d'autant plus que la thérapeutique en découlait. Une méningite d'origine otogène imposait une intervention chirurgicale une méningite cérébro-spinale épidémique, le traitement par le sérum anti-méningococcique. Elle fut inefficace chez notre malade, en raison de l'association du streptocoque au méningocoque et l'on sait que jusqu'alors le pronostic des inflammations méningées streptocciques est considéré comme fatal.

La médication par le collargol semble cependant devoir être employée puisque, comme nous l'avons constaté à l'autopsie de notre malade, il se répand rapidement jusque dans les ventricules cérébraux. En présence d'une affection analogue, nous emploierions volontiers les injections intrarachidiennes de collargol, associées au drainage permanent de la cavité méningée, suivant la méthode de Lefilliatre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Bagnes d'enfants ! — L'étude génétique de l'enfant criminel

« L'œuvre d'art est déterminée par un ensemble qui est l'état général de l'esprit et des mœurs. » Cette pensée de Taine me revenait à l'esprit en écoutant l'autre soir la pièce si dramatique et si poignante de MM. de Lorde et Chaîne. Certes, il faut faire la part des exagérations théâtrales destinées à attirer et à remuer le public : il est bien certain que dans nos colonies pénitentiaires les gardiens n'ont pas la férocité que leur prêtent les auteurs. Il existe malgré tout un fond de vérité et ce que le drame met bien en évidence, c'est l'incompétence de ceux qui sont chargés de diriger les établissements. Le mot incompétence est trop gros, me dira-t-on. Soit, je le retire, mais avouons que trop souvent les directeurs, gardiens, etc. sont insuffisamment préparés à remplir la mission difficile qui leur est confiée. Ils ne sont pas coupables d'ailleurs : seules les autorités qui les ont choisis sont blâmables. Elles sont surtout blâmables de ne pas dégager au préalable les principes qui sont susceptibles de permettre à un éducateur de réformer un vicieux ou un vicié !

La mutinerie qui vient de se produire dans une colonie pénitentiaire de l'Yonne me donne entièrement raison. Chacun a pu s'apercevoir en lisant les journaux que les personnes placées à la tête de la colonie font, pour se défendre, des déclarations qui sont l'aveu inconscient de leur incompétence. Elles démontrent une fois de plus (souvenez-vous de l'affaire de Mettray encore récente) (1) que la direction ne connaissait ni la nature, ni le caractère, ni la mentalité de ses pupilles. Sous une autorité avisée et prévoyante des actes d'insubordination ne doivent pas apparaître avec cette soudaineté.

Que les pouvoirs publics méditent ces faits et qu'ils en tirent profit ! Surtout qu'ils tentent l'effort utile et nécessaire pour enrayer le flot croissant de la criminalité.

***

Que faire ? Pour aboutir il n'existe qu'une méthode : l'*étude génétique du jeune criminel*. Que l'on commence par rechercher le pourquoi et le comment de l'anomalie morale. La question que l'on doit se poser devant un délinquant n'est pas de discerner sa responsabilité ou son irresponsabilité : c'est là une notion insoluble scientifiquement et imprégnée de métaphysique. La science doit expliquer un fait en recherchant ses causes individuelles ou mésologiques (éducation, influences, etc.). Certes, il n'est pas aisé de les dégager chez un adulte déformé par une vie irrégulière et des habitudes invétérées : chez l'enfant, la chose est commode. On retrouve facilement la route qu'il a suivie depuis sa naissance jusqu'au jour du délit ; sa mentalité est plus simple à analyser, ses émotions plus rapides à provoquer. Si à cette enquête on ajoute des examens physiologiques et morphologiques, il devient possible de procéder à une classification, qui nous dit si le sujet est normal ou anormal, quel est son type biologique, quel est son type social, quel est le degré de perversité.

Avec ces données, il est aisé de réformer un enfant : et c'est précisément parce que cette méthode m'a donné des résultats définitifs et contrôlés par des confrères ou des magistrats que je demande, comme j'ai déjà demandé, qu'on abandonne des systèmes surannés, ridicules et ne comptant que des insuccès. L'expérience démontre qu'on ne peut pas lutter contre le crime avec les codes et les habitudes actuelles. La lutte rationnelle exige que la Société, avant de perdre son argent et son temps à réprimer des actes, dont les causes continuent à survivre, cherche à détruire le mal à sa racine.

Souhaitons donc qu'un de nos gouvernants, avide de passer à la postérité, inaugure une politique criminelle qui serait au moins de la bonne politique : elle substituerait à un état de choses producteur de criminalité un état nouveau qui ne le serait pas. On serait en droit d'exiger de tous les directeurs d'établissements pénitentiaires des qualités bien définies.

En attendant que soient créées les institutions nécessaires à l'étude scientifique de la criminalité, je conseille à l'administration pénitentiaire et aux sociétés de bienfaisance de mettre à la tête de leurs écoles de réforme des personnes expérimentées ou tout au moins des gens de bonne volonté et désireux de s'inspirer d'une méthode intelligente et efficace. Je conseille surtout de ne pas donner à un militaire retraité, à un marin fatigué, ou à un député blackboulé, la direction d'une colonie pénitentiaire aussi facilement qu'une perception.

Dr G. Paul-Boncour,
Médecin de l'Institut Médico-Pédagogique,
Ancien interne des hôpitaux.

(1) Voir *Progrès médical*, 20 février 1909.

MÉDECINE PRATIQUE

Les ferments lactiques et la reprise de l'alimentation dans la diarrhée infantile et lors des accidents du sevrage ;

Par le Docteur Boucard.

La diète hydrique est toujours le traitement classique et héroïque des diarrhées du jeune âge ; c'est le plus facile à mettre en œuvre, c'est le plus rapide et le plus efficace.

Un enfant est malade pour une cause quelconque, son tube digestif fonctionne mal ; le lait, insuffisamment digéré, se putréfie dans l'intestin ; la première chose à faire est de supprimer l'alimentation, de ne permettre que de l'eau bouillie, par cuillerées, ou si l'entourage s'effraye trop de cette absence de médication, de remplacer l'eau simple par une infusion très légère de camomille.

Cette première partie du traitement est aussi simple qu'efficace, la diarrhée s'arrête, l'enfant redevient gai ; il ne reste plus qu'à reprendre l'alimentation et voilà que les difficultés commencent !

Quelquefois tout rentre dans l'ordre après une petite alerte, mais souvent la reprise de l'alimentation ramène la diarrhée.

Que faire ? Certains médecins conseillent la diète hydrique et les purgations pendant plusieurs jours en ajoutant une quantité croissante de lait à chaque biberon d'eau. On obtient ainsi des résultats, mais au bout d'un temps assez long ; certes, l'enfant — et l'adulte aussi d'ailleurs — supporte la diète beaucoup mieux et beaucoup plus longtemps qu'on le croit en général, mais est-il très logique d'exposer à une inanition, même relative, un organisme en état de croissance, surtout s'il est déjà débilité ?

N'y a-t-il pas un moyen plus sûr de procéder en pareil cas ?

Prenons le cas le plus fréquent, celui d'un enfant au biberon, âgé de six mois environ. Les troubles digestifs ont éclaté pour une cause quelconque.

Les sucs digestifs ont perdu leur activité ; la caséine, insuffisamment modifiée par les ferments normaux du tube digestif, se laisse attaquer par les microbes protéolytes (microbes vivant aux dépens des matières albuminoïdes) de l'intestin ; ces microbes existent toujours, même dans l'intestin le plus normal, mais en temps ordinaire ils ne peuvent proliférer, pour deux raisons : la première est que la caséine du lait est presque entièrement attaquée par les sucs digestifs, qu'il n'en reste que fort peu pour servir à la nutrition des bactéries et la deuxième résulte de l'antagonisme bien connu des bacilles amylolytes et saccharolytes (vivant au dépens de l'amidon ou des sucres) d'une part et des protéolytes d'autre part. Les protéolytes ne vivent et ne se développent bien qu'en milieu alcalin et les amylolytes tendent toujours à acidifier ce milieu. Les symptômes s'interprètent facilement, l'intestin est irrité par la modification que subissent anormalement les aliments et réagit par de la diarrhée pour se débarrasser des substances irritantes ; les produits solubles toxiques sont en partie résorbés et donnent lieu aux phénomènes généraux, à la fièvre, aux éruptions, à l'agitation et à l'insomnie de l'enfant.

Pour remettre les choses en ordre, il faut diminuer la quantité de caséine et s'efforcer de modifier le plus vite possible le milieu intestinal.

La diète hydrique nous donne bien le moyen de supprimer la caséine, mais en supprimant les aliments ; ce n'est pas un mal, à condition de ne pas prolonger la diète beaucoup au-delà de 12 heures, surtout chez le nourrisson en état de dénutrition,

Le repos intestinal que procure la diète est d'ailleurs incomplet ; les glandes continuent à sécréter et leurs ferments, inutilisés, deviendront la proie des microbes.

Au bout de très peu de temps et quelquefois même d'emblée, on peut remplacer l'eau bouillie par des potages à l'eau, à base de farines diverses. On peut employer une bonne farine lactée si les accidents ne sont pas graves ou une farine sans lait, soit une farine du commerce, crème de riz, d'orge ou de froment, soit des farines dextrinées ou maltées plus digestibles.

En modifiant le milieu intestinal nous favorisons l'action des glandes digestives, nous favorisons aussi le développement d'une flore intestinale utile, nous désavantageons les microbes protéolytes nuisibles ; or pour cela nous avons des moyens plus actifs, nous pouvons introduire directement dans l'alimentation des bacilles bienfaisants en employant les ferments lactiques.

Chez les nourrissons et chez les jeunes enfants il faut s'en tenir aux formes sèches, car l'acidité, d'ailleurs très variable, des bouillons de culture et du lait caillé provoquent des troubles gastriques et les enfants refusent souvent ces préparations.

Sous l'influence du ferment lactique les selles sont désodorisées, mieux digérées et se régularisent ; l'état général s'améliore et la courbe de poids s'élève. On a rétabli dans l'intestin l'équilibre microbien normal et on peut ainsi réduire la durée de la diète.

Voici comment on prescrira les ferments lactiques : 3 à 5 comprimés par jour, délayés dans une ou deux cuillerées à dessert d'eau bouillie avant les biberons, une demi-heure de préférence. Quand les troubles intestinaux sont légers, cette médication suffit.

Dans les cas plus sérieux : instituer la diète hydrique associée aux ferments lactiques afin de modifier plus rapidement la flore intestinale et surtout pour faciliter la reprise de l'alimentation.

CHIRURGIE PRATIQUE

Ce qu'il faut quand on opère à domicile ;

Par le Docteur J. GUYOT,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chirurgien des Hôpitaux.

Actuellement et de plus en plus, le chirurgien cherche, avec raison, à n'opérer ses malades qu'à l'hôpital ou dans les maisons de santé chirurgicales. Là il est sûr de son asepsie, de la stérilisation parfaite des objets dont il se servira. Il a la quiétude d'avoir tout sous la main sans se donner la peine de le contrôler. Ses aides, ses infirmières, sont au courant de ses moindres habitudes : il opère avec plus de tranquillité, plus de sécurité et ses résultats heureux ne font que davantage lui faire désirer et rechercher cet idéal de la chirurgie actuelle : n'opérer que dans ces conditions de sécurité presque absolue.

Ce n'est pas sans une certaine répugnance qu'il envisage la possibilité, réclamée encore par de nombreux malades, de l'opération à domicile.

Nous n'avons pas l'intention d'envisager ici et de discuter à fond dans quel cas « on *peut*, on *doit* ou *on ne doit pas* » opérer un malade chez lui. Il y a des opérations pour lesquelles tout le monde est aujourd'hui d'accord : toutes celles qui demandent pour réussir d'être faites sous le couvert de l'asepsie la plus rigoureuse ne doivent être entreprises, quand il n'y a pas urgence et que le malade est transportable, que dans une salle d'opération spécialement aménagée suivant les règles de la chirurgie moderne.

Je ne pense pas qu'il y ait aujourd'hui de chirurgien qui, pour satisfaire simplement un désir de malade, accepterait d'opérer chez elle, quel que soit le milieu, une femme atteinte de fibrome de l'utérus, de tumeur abdominale quelconque, de cancer de l'estomac, d'appendicite à froid etc.

Toutes ces opérations délicates demandent à être faites dans les meilleures conditions possibles et celui, qui sans raisons graves, se laisserait aller à enfreindre cette règle de pratique courante risquerait de s'exposer à de gros déboires et à de pénibles responsabilités.

Cette restriction faite, il n'en est pas moins vrai qu'il y a des cas assez nombreux où *on peut* accéder à la demande pressante d'un malade qui veut être opéré chez lui : à la rigueur, ne peut-on pas très bien et sans danger faire ainsi un certain nombre d'interventions bien réglées telles que certaines amputations, régularisation, ablation de tumeurs superficielles, cure radicale de hernies, etc.

Il n'est pas de chirurgien qui n'ait pratiqué ces différentes interventions et de nombreuses autres avec succès et sans ennuis dans un pareil milieu.

Encore une fois, il vaut mieux pousser les malades à se faire opérer dans les meilleures conditions, c'est-à-dire à la maison de santé ou à l'hôpital : s'ils résistent, nous pouvons accéder à leur désir pour cette catégorie seulement d'interventions et quelques autres analogues.

Ici chaque chirurgien juge suivant sa conscience, son expérience et surtout en tenant *compte du milieu*. Un certain nombre préfèrent ne pas intervenir, et leurs raisons sont défendables. D'autres, au contraire, acceptent assez volontiers d'opérer dans ces circonstances et leur meilleure défense n'est-elle pas leurs succès et les bons résultats d'interventions ainsi réalisées.

Pour ma part, ayant eu assez souvent à opérer des malades chez eux, j'ai pu me rendre compte qu'il était possible presque partout, en ville et à la campagne, de faire de bonne chirurgie pratique, à condition de redoubler de précautions et de ne rien laisser au hasard. Il est en effet, dans les conditions de la chirurgie actuelle, un certain nombre de petits clients très dignes d'intérêt qui sont, par leurs modestes moyens, au-dessus de l'hôpital et qui cependant ne peuvent se faire opérer dans les maisons de santé en raison des frais multiples et inévitables qui trop souvent en sont la conséquence. Ne voulant pas de l'hôpital, qui en toute justice n'est pas pour eux puisque non indigents, ne pouvant pas aller ailleurs, ce sont ces malades-là que souvent le chirurgien peut et doit opérer chez eux lorsque l'intervention à faire est de celles qu'en conscience il peut sans imprudence pratiquer à domicile.

Mais il est une troisième catégorie d'interventions, que tous les chirurgiens, même les plus rebelles à cette pratique, sont obligés par les circonstances d'opérer chez eux. Qui de nous n'a pas ainsi, et souvent avec succès, porté le secours de la chirurgie à de malheureux atteints de hernies étranglées, d'appendicite suppurée, d'obstruction intestinale ou même à de pauvres femmes saignées à blanc et absolument intransportables au cours des accidents redoutables de rupture de grossesse tubaire ?

Il y a donc un nombre important d'opérations que même aujourd'hui, tous les chirurgiens, quelle que soit leur opinion sur ce sujet, sont obligés par nécessité de faire au domicile même du malade.

Quels qu'en soient le siège et la nature, ces interventions, même les plus graves, peuvent et doivent être tentées dans ces conditions relativement défectueuses : elles ont permis de sauver de nombreux malades. Ce que le chirurgien ne doit pas oublier, c'est qu'alors les succès ne s'achètent qu'au prix d'un redoublement de précautions : *prévoir* est, dans ce cas, le secret du succès.

Nous voudrions, dans cet article, donner une sorte de schéma des précautions à prendre, des dispositions de fortune auxquelles on peut recourir partout et toujours.

Lorsqu'on doit intervenir dans ces conditions, il faut se préoccuper :

1° De l'endroit où on opérera ;
2° Des objets ménagers pouvant être utilisés ;
3° Des médicaments et objets thérapeutiques ;
4° Des instruments ;
5° De l'éclairage et du chauffage ;
6° Des aides.

I. *La chambre d'opération* sera de préférence une pièce de vastes dimensions, avec cheminée et surtout bien éclairée. A moins d'impossibilité il ne faut pas choisir la chambre du malade afin de lui éviter la vue pénible de préparatifs toujours longs. Une salle à manger, une chambre contiguë seront de préférence choisies. Avant de se déterminer, le médecin parcourra les différentes pièces et suivant les avantages choisira telle ou telle de préférence aux autres.

Une fois ce choix fait, s'il s'agit d'une intervention d'urgence, on enlèvera les objets inutiles en évitant de remuer les meubles et les tentures, *de retourner les statues*!!! (1). On recouvrira seulement les parois de la pièce de grands draps jetés sur les armoires, buffets, commodes ou glaces.

Dans ces préparatifs, ce qu'il faut surtout éviter, c'est de remuer inutilement la poussière : recouvrir les objets poussiéreux et les soustraire ainsi au milieu opératoire.

Lorsqu'on opérera « à froid », la pièce aura été choisie à l'avance, débarrassée de tous les meubles, tableaux, rideaux et tentures ; largement aérée, le parquet lavé à grande eau, les murs essuyés avec linges humides et recouverts sur toute leur étendue de draps cloués au mur comme précédemment.

Quand cela sera possible il vaudra mieux laisser une journée d'intervalle entre ces préparatifs et le jour de l'intervention.

Dans les deux cas, qu'on opère « d'urgence » ou « à froid », il sera bon de faire étendre sur le parquet un grand drap que l'on aura eu soin de fixer solidement à ses quatre coins.

II. *Objets ménagers.* — Suivant le milieu, le médecin saura utiliser les éléments dont il dispose, « moyens de fortune » qui doivent toujours comprendre :

1° Une grande table comme table d'opération : de préférence table de cuisine recouverte d'une couverture sur laquelle on étendra une toile imperméable ou plus simplement des journaux, puis par-dessus le tout, un grand drap, dont les coins retombants seront fixés au pied de la dite table ;
2° Trois petites tables recouvertes de linges propres ;
3° Cinq à six grandes cuvettes de préférence émaillées ou en faïence mais non fendues ;
4° Un bol ;

(1) Richelot. — Congrès Chirurgie, Paris, 1909.

5° 2 assiettes à soupe (calotte) ;
6° 2 seaux à toilette ou 2 grandes bassines pour jeter les eaux et les compresses ;
7° Une louche en argent ou en fer blanc ;
8° Un gros morceau de savon blanc de Marseille ;
9° 4 draps propres ;
10° Deux douzaines de serviettes, dont une douzaine aura été mise dans un grand récipient (chaudron, bouillotte, préablement nettoyé) rempli d'eau additionnée de carbonate de soude à la dose de 2 p. 100 Ces serviettes auront bouilli une heure et demie et seront laissées dans le récipient jusqu'au moment de l'opération à l'abri des poussières ;
11° Une quantité importante d'eau bouillie froide (de 20 à 50 litres, suivant la nature de l'opération) ;
12° Une quantité moindre d'eau bouillie chaude (cette eau, froide ou chaude ne devra pas avoir été transvasée dans des litres comme cela se fait quelquefois, mais laissée au contraire dans les récipients où l'ébullition a eu lieu : récipients qui doivent toujours être soigneusement recouverts ;
13° Un litre au moins d'alcool à brûler ;
14° Des allumettes (plusieurs boites) ;
15° Des épingles anglaises pour bandage ;
16° Un bock-laveur de 2 litres.

III. *Médicaments et objets thérapeutiques.* — 1° objets relatifs à l'anesthésie :
a) Au moins 2 flacons de chloroforme ;
b) Ampoules : caféine; spartéine, éther ;
c) Solutions : cocaïne, novocaïne, stovaïne suivant convenances personnelles, s'il s'agit d'une anesthésie locale ;
2° Antiseptiques :
1 Flacon de teinture d'iode 150 gr. ;
20 Paquets de cyanure de mercure à 0 gr. 25 (colorés en jaune) ;
500 gr. alcool à 90° (de préférence en flacons à 2 tubulures) ;
3° Compresses stérilisées, 4 ou 5 boîtes suivant opération ;
4° Ouate stérilisée, 2 boîtes ;
5° Ouate hydrophile, 4 paquets 250 gr. ;
6° Fils, 2 ou 3 catguts ; crins, 1 flacon ;
7° Drain stérilisé (volume variable) ;
8° 3 ou 4 bandes de toile ou de crêpe Velpeau ;
9° 2 blouses, de préférence stérilisées ;
10° 2 brosses stérilisées ;
11° 2 paires de gants de Chaput stérilisés.

IV. *Instruments.* — Ceux-ci seront de préférence stérilisés à l'étuve sèche par un séjour de 1 h. à la T° de 180°.

Dans les cas d'urgence, il vaut mieux les faire bouillir dans une poissonnière quelconque, dans de l'eau boratée, plutôt que de recourir au flambage, qui est moins sûr et qui a le gros inconvénient de détremper bistouris et aiguilles.

Les instruments seront variables avec chaque opération.

Il en est un certain nombre qu'il faut toujours avoir quelle que soit la nature de l'intervention ; ce sont :
1° Une seringue de Pravaz fonctionnant bien ;
2° Une pile (qui, si j'en juge par mon expérience personnelle, ne sert pas souvent, même dans les cas d'alertes chloroformiques où il y a mieux à faire) ;
3° Un ouvre-bouche (pouvant être remplacé avantageusement par le manche d'une cuiller de fer) ;
4° Bistouris ;
5° Pinces à griffes ;
6° Sonde cannelée ;

7° Ciseaux ;
8° Pinces hémostatiques ;
9° Aiguilles de Reverdin ;
10° Un rasoir ;
11° Une sonde de Nélaton.

V. *Eclairage et chauffage.* — Lorsqu'on opère de nuit, la question éclairage est fort importante et doit retenir l'attention du chirurgien. Une forte lampe électrique résout souvent heureusement la question. D'autres fois il faut recourir à des phares d'automobiles, à des lampes à acétylène qui, convenablement disposées et en nombre plus important qu'il ne faudrait, sont susceptibles de fournir un éclairage fort suffisant et nous ont rendu souvent de grands services.

Je ne saurais trop engager le chirurgien destiné souvent à opérer d'urgence, à domicile, à avoir toujours à sa disposition la lampe ingénieuse présentée par le docteur Gourdet (de Nantes) au Congrès de chirurgie 1905 et appelée à rendre dans la pratique journalière de réels services.

Chauffer la salle d'opération est quelquefois chose difficile dans certaines pièces où le tirage des cheminéss fonctionne mal. Il est, en pareil cas, un procédé très simple de réchauffer très vite la salle où l'on va opérer. Il consiste à se munir d'un ou deux litres d'alcool.

Dans un coin de la salle d'opération, loin de tout objet inflammable et *de tout courant d'air*, on verse une certaine quantité d'alcool à brûler qu'on enflamme ensuite. Si la pièce est grande on peut mettre ainsi 2 ou 3 récipients qui en très peu de temps élèvent considérablement la température de l'appartement. Un aide peut au cours de l'intervention recourir une ou deux fois au même procédé afin de maintenir ainsi, tout le temps nécessaire, une température convenable.

VI. *Les aides* seront assez nombreux, ils comprendront les aides directs, de préférence des médecins, au besoin des étudiants ; quoique dans cette chirurgie à domicile nous ne saurions trop recommander la prudence : le chirurgien devant, en pareil cas, chercher à partager la responsabilité de préférence avec des médecins couverts par la loi. Pour une intervention sérieuse, il en faut au minimum deux : un pour l'anesthésie et un autre comme aide principal.

Que de fois, dans des cas d'extrême urgence, il est difficile que toutes ces conditions soient remplies ! ! Il faut cependant être très prudent et ne pas entreprendre une grosse intervention dans des conditions trop défectueuses : le faire serait véritablement s'exposer à trop de déboires et exposer son malade à une opération par trop aléatoire et par conséquent inutile.

Toutes les fois que cela sera possible, le chirurgien cherchera dans le voisinage une ou deux personnes : sage-femme, pharmacien, comme aides-servants. Ceux-ci rendront de grands services, au cours de l'opération, en faisant passer les objets utiles ; en maintenant le malade, en renouvelant l'eau des cuvettes souillées et assurant dans la pièce la température voulue.

Jamais, et sous aucun prétexte, ne commettez l'imprudence de tolérer la présence d'un parent au cours de votre intervention : ce serait là un témoin inutile pour le moins, témoin trop souvent cause d'ennui et de gêne pour l'opérateur.

Ici surtout s'applique le grand précepte : *tous ceux qui ne sont pas utiles à une opération sont par cela même nuisibles et doivent être éloignés.*

REVUE DES JOURNAUX

Mort après une ponction exploratrice du thorax.

MM. Mollard, Favre et Cordier rapportent dans le *Lyon médical* une observation d'où il ressort que dans un cas suspecté de pleurésie, chez une femme de 37 ans, une ponction exploratrice faite avec la seringue de Luer et l'aiguille de la ponction lombaire n'amena que quelques gouttes de sang, mais à peine l'aiguille était-elle retirée que la malade eut une convulsion épileptiforme et succomba après une phase stertoreuse de plusieurs heures. A l'autopsie, on ne trouva pas de liquide, mais une symphyse pleurale que l'aiguille avait dû traverser.

La cause de la mort dans des cas de ce genre reste certainement obscure ; mais les faits de cet ordre ne sont pas absolument exceptionnels. Porter Parkinson a relaté 11 cas de mort, dont 7 chez l'enfant, uniquement dus à des ponctions exploratrices. Dans la plupart de ces cas, on avait ponctionné une base du poumon très congestionnée, ce qui paraît avoir amené une hémorrhagie que le malade n'a pu rejeter. (*Du Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1910, p. 499).

La flore microbienne du sel.

Il est bien certain que si l'eau de mer qui alimente les marais salants venait directement du large, elle serait susceptible de présenter un assez grand degré de pureté microbienne, mais il n'en est rien, et soit qu'elle soit contaminée dès son origine, soit qu'elle se souille de plus en plus par son passage dans les canaux qui l'amènent aux marais, parvenue dans ceux-ci, elle peut présenter une assez grande proportion de germes. C'est ainsi que nous avons pu observer dans un cas le chiffre de 14.000 bactéries par centimètre cube et de 36.500 bactéries et 100 moisissures par centimètre cube pour des eaux mères.

Dans ces conditions, on peut dire que le sel lui-même est vicié dès son origine et que dès le moment où ses cristaux se déposent, ils sont susceptibles de retenir dans leur eau d'interposition les germes que possède l'eau qui a servi à les former.

Mais en dehors de ces germes, d'ordre pour ainsi dire intrinsèque, il en est de beaucoup plus nombreux encore, dont la présence procède de contaminations extérieures auxquelles on semble se plaire à exposer le sel marin.

Ce sont d'abord les manipulations auxquelles il est soumis et qui sont pratiquées au moyen d'instruments plus ou moins propres et maniés par des mains généralement peu soignées. Si l'on observe, dans les marais, les tas, ou comme l'on dit, les mulons de sel qui y sont amassés, on voit qu'ils sont déposés sur un sol déjà souillé et exposé à toutes sortes de malpropretés. Les paludiers y travaillent les pieds nus ou munis de chaussures salies, il n'est pas rare même, chose inouïe, d'apercevoir au voisinage immédiat des mulons, des déjections humaines ou animales. Le sel lui-même se présente le plus souvent mélangé à une assez forte proportion de boue, qui lui communique sa couleur grise spéciale, recherchée d'ailleurs malheureusement par les consommateurs.

Le tout est recouvert ensuite le plus souvent par une épaisse couche de cette vase, sorte de terre argileuse destinée à préserver le mulon contre la pénétration des eaux de pluie.

C'est ainsi que le sel va se présenter ensuite pour les expéditions. Aussi, n'est-il pas surprenant qu'en présence des apparences nécessairement au moins douteuses qu'il présente, on cherche dans certains endroits, et dans les usines spéciales, à le soumettre, pour la consommation directe, à certaines opérations de lavage et même de raffinage.

On pourrait croire que ces dernières opérations suffisent à purifier le sel de tous ses germes, et qu'après avoir été ainsi traité, il puisse être regardé au moins comme relativement aseptique.

Mais il n'en est rien, ainsi que nous avons pu nous en assurer. Il faut, en effet, d'abord se souvenir que le lavage s'effectue dans des conditions très défectueuses.

Pour éviter la perte en chlorure de sodium que les lavages

successifs pourraient entraîner, on emploie dans les usines les mêmes eaux saturées de sel qui ont servi aux lavages antérieurs et dès lors, on imagine aisément le degré de contamination que présentent ces eaux et comment dans ces conditions, le sel ainsi lavé, peut demeurer chargé de germes. Pour en donner une idée, nous citerons ce fait, qu'en dehors des vases et des boues retirées de ces eaux, il n'est pas rare d'y rencontrer des cheveux, des peignes mêmes, des épingles de toutes sortes, etc., etc.

A la vérité, l'opération du raffinage peut corriger ces défauts pour certains sels, mais nous avons pu cependant constater que le sel raffiné lui-même n'échappe pas complètement à ces critiques. D'abord, c'est avec de l'eau de mer de provenance souvent très suspecte que la dissolution du sel destiné au raffinage est opérée.

Cette eau est puisée sur le littoral même, et, dans une observation, nous avons remarqué qu'on la prélevait dans un point d'un port où l'on déverse parfois les vidanges de la ville. Dans ces conditions l'eau qui sert à dissoudre le sel abandonne à celui-ci la plus grande partie de ses germes en dehors de ceux qu'il renferme déjà.

Sans doute le sel est ensuite évaporé à une température que l'on indique être de 107°9, point d'ébullition des solutions saturées, et l'on pourrait croire dès lors que le sel doive se montrer infertile aux examens bactériologiques. Mais il faut se rendre compte du manque absolu de soin et de précautions avec lequel, après l'opération du raffinage, le sel est manipulé et emmagasiné.

Les instruments employés, les mains qui président à ces opérations, les emballages dans lesquels le sel est recueilli, tout concourt à lui restituer de nombreuses contaminations que l'on retrouve le plus souvent d'ailleurs dans les examens bactériologiques.

Alors, par exemple, que dans une première recherche de ce genre, portant sur un sel raffiné, nous n'avons trouvé aucune colonie dans nos numérations, dans d'autres au contraire, nous avons observé une première fois 1.600 bactéries et 200 moisissures une seconde fois 1.900 bactéries et 100 moisissures par gramme.

Enfin, dans un troisième échantillon et alors qu'un sel simplement lavé ne nous avait donné que 1.900 bactéries, nous en avons noté 2 400 dans le sel raffiné de même provenance et après emmagasinage.

Ces chiffres ont été notés dans des échantillons de sel prélevés dans la région de l'Ouest, mais nous nous sommes assurés qu'ils se retrouvent et même parfois avec une certaine aggravation dans le sel raffiné quel que soit son lieu de production et d'origine. Dans une analyse portant par exemple sur un échantillon provenant de la région méditerranéenne nous avons noté le chiffre de 2.900 bactéries, et dans un autre de la région de l'Est (sel gemme) 8.300 bactéries et près de 400 moisissures par gramme.

Il convient d'ajouter que dans ces différents examens, et dans les tentatives d'isolement et de spécification que nous avons faites, nous avons surtout et presque constamment isolé des espèces Chromogènes, des Sarcines (Sarcina alba, aurantiaca, lutea), Micrococcus aurantiacus, Bacillus aureus, etc.

Mais il ne faudrait pas cependant inférer de ce fait que les cultures issues de ces échantillons puissent demeurer inoffensives.

Ainsi dans une expérience faite avec l'un de ces sels raffinés, un cobaye inoculé dans le péritoine avec un centimètre cube d'un mélange des cultures en eaux peptonées, a succombé en trois jours à cette inoculation avec des phénomènes d'intoxication et le sang demeurant stérile.

Quelque surprenant que cela puisse paraître d'abord, on voit donc que dans certaines conditions, tenant assurément à un défaut de précautions après l'opération du raffinage, le sel ainsi préparé peut lui-même présenter un taux de contaminations assez élevé.

Mais dans les conditions ordinaires et dans les recherches portant sur le sel brut, tel qu'il est livré au public, par exemple dans les magasins de vente au détail, les chiffres obtenus sont bien plus considérables.

Nous avons fait de ce côté une série d'examens dont nous consignons ici les résultats :

N° des Echantillons	PROVENANCE Région de :	DATE DE l'Examen	
1	Guérande	15/4/08	6.000 B / 100 M
2	Nantes	22/5/08	8.400 B / 300 M
3	Chantenay	22/5/08	15.400 B / 200 M
4	Nantes	20/6/08	30.000 B / 0 M
5	Salines du Midi	12/1/09	51.000 B / 200 M
6	Nantes	15/1/09	31.600 B / 700 M
7	—	26/1/09	15.100 B / 0 M
8	—	26/1/09	76.000 B / 700 M

(B) Bactéries. (M) Moisissures par gramme.

Ces chiffres suffisent à montrer que, depuis la sortie de l'usine jusqu'à son emploi, le sel brut subit nécessairement, du fait des différentes manipulations, des contaminations nombreuses et qui peuvent atteindre comme l'on voit des proportions extrêmement élevées. (Extrait de Rappin, Grosseron et Soubrane, *Arsenal l'hygiène*, 1910, p. 123.)

Les indications et les emplois de l'eau oxygénée en chirurgie

L'eau oxygénée est un destructeur des plus puissants de tout élément organique. C'est même à cette propriété qu'il doit une partie de ses utilisations dans l'industrie.

En outre, c'est une substance d'une décomposition facile. En présence de toute matière organique, elle se décompose avec une rapidité telle qu'on peut en dire que, dans une foule de circonstances, il n'y a plus rien lorsqu'on l'emploie sans tenir compte de cette propriété.

Ce sont ces conditions fondamentales qui sont causes qu'on l'emploie le plus souvent en très mauvaise forme ; elle est alors parfaitement inefficace et très inférieure à d'autres substances d'un usage très courant.

En pharmacie on trouve régulièrement l'eau oxygénée à 12 volumes qui est le plus communément employée. On en trouve à 20 volumes, qui est fort utile. On en trouve même à 100 volumes.

Or cela est très important, la véritable manière d'employer l'eau oxygénée consiste à utiliser une très petite quantité de l'eau très concentrée en un contact très rapide.

On peut l'employer largement en ces cas et toujours à dose élevée, c'est-à-dire au meilleur degré de concentration à 12 volumes au minimum.

On a dit que l'eau oxygénée n'agissait que sur les microbes anaérobies en leur apportant l'oxygène dont ils ne veulent point. Mais son action réductrice sur les matières organiques est telle qu'elle n'agit pas moins énergiquement sur les aérobies, et prétendre que son action est limitée à l'action sur les anaérobies, c'est méconnaître absolument ses propriétés réelles. La moindre expérience clinique permet de le prouver.

Quand on agit en millieu très septique, on peut employer *larga manu* la solution d'eau oxygénée, et en renouveler l'emploi. Il faut, autant que possible, combiner cet emploi avec l'usage d'un autre antiseptique d action durable pour le pansement, de façon à ne pas perdre entre chaque application le bénéfice de l'action antiseptique produite.

Une injection en nature d'eau oxygénée dans un grand foyer de suppuration peut être renouvelée sans inconvénient jusqu'au jour où la paroi de ce foyer peut être susceptible de réunion.

Pour les plaies mâchées, pour celles dans lesquelles se formeront des escharres petites ou étendues, l'action locale de l'eau oxygénée est tout à fait précieuse.

On stérilise bien la peau avec l'eau oxygénée. Mais il faut la

faire avec prudence, car son emploi répété l'altère facilement. surtout si l'eau est très acide.

Il faut aussi tenir compte d'un fait. Son action destructive sur le catgut est très réelle Si on baigne des catguts pour réunion profonde ou pour ligature avec de l'eau oxygénée, on peut avoir des catguts qui lâchent et surtout faire manquer une bonne réunion. Sur des catguts un peu fins, ne jamais faire d'imprégnation d'eau oxygénée !

Quand après une opération, une plaie a été infectée, il semblerait que l'usage de l'eau oxygénée pour en arrêter l'infection très localisée fût tout à fait indiqué. Elle est alors d'un mauvais emploi. Une injection dans un trajet suppurant peut suffire à détruire toute la réunion.

Il y a un usage pour lequel l'eau oxygénée est d'importance capitale : celui de la stérilisation du vagin et de l'utérus. L'eau oxygénée peut, là, rendre d'autant plus de services qu'elle a une action très certaine sur le gonocoque.

Dans les nettoyages difficiles du col et du corps de l'utérus, elle rend les plus grands services. J'ai, pour ma part, poussé si loin son emploi que je n'ai pas hésité à en faire usage même après l'accouchement. J'en ai introduit presque à toutes doses dans la cavité utérine. J'en ai usé après l'avortement, et il m'est arrivé de produire assez de tension intra-utérine pour que le gaz dégagé repoussât un hystéromètre muni d'un tampon qui obturait le col utérin.

Un des grands avantages de l'eau oxygénée en ces cas comme en quelques autres, c'est son action hémostatique.

Mais d'un autre côté, comme au contact du sang, l'eau oxygénée se décompose rapidement en produisant un bouillonnement gazeux très abondant, elle peut créer une grande gêne au moment de certaines opérations, produire une mousse dont on a grand'peine à se débarrasser.

Dans la bouche et dans le rectum, l'usage de l'eau oxygénée est très précieux parce qu'elle n'est pas toxique, tout en ayant une haute puissance antiseptique dans ces milieux toujours septiques.

En conclusion, nous dirons : On possède dans l'eau oxygénée l'un des plus précieux antiseptiques connus. On a tort de la considérer comme un antiseptique inoffensif parce qu'il n'est pas toxique. Son usage intempestif peut anéantir les résultats de la meilleure opération.

L'usage très courant des solutions faites extemporanément pour diluer l'eau oxygénée au-dessous de 10 ou 12 volumes est un usage tout à fait illusoire, l'action réelle n'existant que pour le produit qui n'a pas encore été décomposé par les contacts qui lui sont si facilement destructeurs.

Pour cet antiseptique comme pour les autres, c'est une nécessité capitale de l'employer à dose assez élevée pour obtenir une action puissante et passagère. Il n'en faut faire aucun abus ni rechercher une action inutilement prolongée.

Un détail de pratique est intéressant. L'eau oxygénée peut être employée chaude. En la chauffant, on la concentre plutôt qu'on ne diminue la teneur en oxygène comme on l'avait prétendu. J'ai fait sur ce sujet de nombreuses expériences. L'usage du liquide chaud a le double avantage de ne point infliger le désagrément du contact froid pour la plaie et de donner un antiseptique plus puissant puisque l'élévation de la température augmente toujours la puissance des antiseptiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 juillet 1910

Reproduction expérimentale du typhus exanthématique chez le macaque par inoculation directe du virus humain. — MM. ***Nicolle*** et ***Conseil*** établissent par de nouvelles expériences qu'il est possible d'infecter avec succès le *Macacus sinicus* et le *Macacus rhesus* directement avec le sang des typhiques. Le succès n'est pas certain ; la meilleure méthode demeure le passage par le chimpanzé ; mais l'infection de quelques animaux a été en tout identique à la maladie humaine ; dans un cas même, elle a déterminé la mort.

L'intensité de la maladie est fonction de la quantité de sang injectée, de la voie choisie pour l'inoculation et plus encore de l'activité, très variable suivant les cas, du virus humain.

L'agent de transmission est le pou. Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1910.

Le choléra en Europe (1904-1910). — MM. ***Chantemesse*** et ***Borel*** étudient les diverses étapes de l'épidémie actuelle, importée au Hedjaz par les pèlerins indiens en mars 1902, et propagée à l'Egypte, à la Mésopotamie, aux rives de la Caspienne d'où elle entre en Russie par Bakou.

Le choléra a fait en 1908 et 1909 de véritables ravages en Russie, les cas mortels s'y sont chiffrés par milliers.

En août 1909 le choléra gagne l'Allemagne par propagation de proche en proche, et la Hollande par transport naval. Mais ici les précautions prophylactiques ont été à ce point rigoureuses que l'épidémie a été jugulée d'emblée. Tout suspect a été isolé ainsi que sa maison, et cet isolement n'a cessé qu'après isolement bactériologique négatif. On a isolé ainsi jusqu'à 114 personnes pour un seul cas.

Cet exemple montre qu'une méthode défensive efficace peut être instituée contre le choléra dont les foyers se réveillent avec intensité en ce moment même en Russie.

Nouvelles recherches expérimentales sur la variole-vaccine.—MM. ***Kelsch, Tessier, Camus, Tanon, Duvoir*** apportent des faits qui frappent de nullité toutes les réussites variolo-vaccinales réalisées notamment en Allemagne dans des établissements vacciogènes.

La radiumthérapie massive des cancers inopérables du col et du vagin.— MM. ***Chéron*** et ***Rubens Duval*** ont utilisé ici de façon massive le rayonnement ultrapénétrant du radium de Dominici ; ils ont obtenu des régressions importantes, des améliorations durables.

Election.— MM. ***Spilmann*** et ***Testut*** sont élus associés nationaux.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet.

Abcès péritonitiques anté-utérins. — M. ***Lejars.*** — Nous sommes tous d'accord sur le traitement à opposer à ces abcès. C'est leur point d'origine qui peut faire l'objet d'une discussion. Le plus souvent ils ont pour point de départ les annexes ; dans d'autres cas ils proviennent de l'utérus comme dans le cas de M. Potherat (V. *Progrès médical* du 16 juillet). Enfin, ils peuvent venir de l'intestin. C'est sur cette dernière origine que j'ai surtout voulu insister. M. Potherat conteste cette origine et émet des doutes sur l'intégrité réelle des annexes dans les cas que je vous ai signalés. Or, nous avons eu ces annexes dans les mains, nous les avons vues et palpées et il n'y a pas de doute possible à avoir sur leur parfait état.

On ne peut nier l'origine sigmoïdienne possible de ces abcès anté-utérins. On sait d'ailleurs que les abcès sigmoïdiens peuvent gagner la ligne médiane et même la fosse iliaque du côté opposé.

M. ***Savariaud.*** — Ces abcès peuvent être aussi la conséquence d'une perforation intestinale par corps étranger.

M. ***Tuffier.*** — Les grossesses anté-utérines suppurées peuvent également donner naissance à des abcès de ce genre.

Abcès et fistules dans le cancer de l'intestin. — M. ***Potherat.*** — Les cas comparables à ceux que nous a signalés M. Savariaud (V. *Progrès Méd.* du 23 juillet) me paraissent devoir être rares. J'en ai observé seulement 3 cas.

Le premier fut diagnostiqué par mon maître Damaschine qui devant les caractères un peu particuliers de l'abcès péri-intestinal, soupçonna la présence d'un cancer.

Dans le second cas l'abcès s'évacua spontanément par la vessie.

Dans le troisième cas, le malade présentait une induration

abdominale qui fut prise d'abord pour une cholécystite. Mais l'examen attentif du sujet me montra qu'il s'agissait plus probablement d'une tumeur intestinale. Un abcès se forma qu'il fallut ouvrir et qui, comme les deux précédents, était un abcès très fétide et gazeux.

Il se forma un anus contre nature spontané pour lequel je fis plus tard et avec succès une iléo-sigmoïdostomie. Le malade succomba 3 mois 1/2 après aux progrès de la cachexie cancéreuse.

D'après M. Savariaud ces abcès seraient plus fréquents à droite qu'à gauche. Les cas que j'ai observés semblent démontrer le contraire.

Ces abcès ne m'ont pas paru d'une gravité exceptionnelle, car mes 3 malades ont succombé aux progrès de leurs cancers plutôt qu'à l'abcès lui-même. Je crois en outre que dans certains cas des opérations palliatives (antéro-anastomoses) peuvent être tentées et donner d'excellents résultats.

M. *Quénu*. — J'ai observé un certain nombre de périsigmoïdites de ce genre. Il m'a semblé que ces abcès se rencontraient surtout dans les formes de cancer peu sténosantes. Ces abcès ne sont pas dus à l'obstacle au cours des matières, mais à la septicité de l'ulcération qui, dans ces formes, creuse et s'étend au maximum. En effet ces abcès sont souvent précédés de périodes de diarrhée intense et tenace d'origine septique. Ces crises diarrhéiques doivent même faire redouter l'apparition d'abcès.

Quant au traitement, il ne faut pas avoir à cet égard d'idée préconçue. C'est une question de cas et l'on agira suivant l'état général du malade.

M. *Morestin*. — J'ai vu un abcès peu cancéreux de ce genre chez une femme de 32 ans qui entra à Dubois en avril 1907 avec, du côté gauche de l'abdomen, un empâtement diffus dont le diagnostic était fort difficile. Après une période fébrile assez longue je me décidai à intervenir et ouvris une collection fétide et gazeuse mais ne contenant pas de matières. La cavité de l'abcès, peu volumineuse, paraissait siéger dans l'épaisseur même du mésocolon pelvien. La température tomba, mais l'empâtement ne diminua pas et se reprit bientôt même à augmenter. Je fis alors une laparotomie qui me montra un cancer de l'origine du colon pelvien, tumeur adhérente au pelvis et non enlevable. Je fis une iléo-colostomie qui fut parfaitement supportée.

Ce cas montre combien le diagnostic peut être difficile. M. Savariaud pense que ces abcès sont dus à des perforations. Cette pathogénie n'est pas constante à mon avis. Je crois plutôt comme M. Quénu que ces faits sont surtout fréquents dans les cancers septiques et en plaque.

L'extirpation du cancer est rarement possible mais l'entéro-anastomose peut l'être.

Coxalgie fruste simulant la coxa-vara des adolescents. — M. *Kirmisson* présente un rapport sur une observation de M. Ombredanne concernant un enfant de 16 ans qui, en 1907, ressentit des douleurs dans le membre inférieur droit. Cette gêne douloureuse, surtout localisée au genou, s'accentua peu à peu pendant 2 ans. Le sujet se mit à boiter et le membre inférieur se raccourcit en même temps qu'il se mettait en abduction et rotation externe. La hanche restait toujours non douloureuse. En 1909 le genou gauche se prit à son tour et peu après quelques douleurs apparurent dans la hanche gauche.

A l'examen on trouve la hanche droite ankylosée et en forte abduction et 3 centimètres de raccourcissement.

A gauche il y a également une rotation complète en dehors, irréductible. La hanche est immobilisée et le manche est impossible.

On peut voir dans cette observation un cas de coxa-vara double. Mais il y a ceci de spécial que les mouvements sont très limités. En outre l'intra-dermo-réaction a été positive. Aussi M. Ombredanne en fait-il, et le rapporteur est de son avis, un cas de coxalgie fruste.

Appendicite traumatique. — M. *Broca*. — M. Michel (de Nancy) a versé aux débats un cas intéressant. Il s'agit d'un infirmier qui reçoit un coup dans l'abdomen et est pris quelques heures après de signes de péritonite. On pratique une laparotomie médiane et on trouve une appendicite des plus nettes. Le malade était grippé depuis 48 heures.

Nouvel appareil pour la réduction des fractures diaphysaires — M. *Broca* fait un rapport sur un appareil nouveau présenté à la Société par M. Lambret et qui se compose essentiellement de deux fiches qu'on fixe dans l'os, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du foyer de fracture, et loin de ce foyer, fiches qui sont réunies l'une à l'autre au moyen d'une tige qu'un système de crémaillère peut allonger à volonté.

Cet appareil semble ingénieux et paraît devoir être employé dans les cas à grand déplacement. Cet appareil permet en outre de masser muscles et jointures et il semble devoir être bien toléré.

C'est un ingénieux mélange des appareils conseillés par divers autres chirurgiens. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 18 juillet 1910.
Présidence de M. Ritti.

Les amoureuses de prêtres. Présentation de malades. — MM. *Leroy* et *Juquelier* présentent deux malades internées après des scènes scandaleuses provoquées par leur amour pour un prêtre.

La première est une déséquilibrée amorale-érotomane comparable aux persécutées persécutrices ; elle aime l'abbé X. depuis son adolescence et le poursuit depuis 20 ans par des lettres ou des déclarations orales. Elle désire être la maîtresse de l'abbé. Elle délire seulement lorsqu'elle se croit aimée de lui et voit les preuves de cette affection dans des regards, des sourires ; elle a interprété dans ce sens les moindres propos de l'abbé X. et aussi certains fragments de la petite correspondance d'un journal qui ne la concernaient pas ; elle a poussé son mari à se séparer d'elle pour se rendre libre.

La préoccupation amoureuse persiste malgré que la malade cherche à la dissimuler, car elle écrit encore à l'abbé, en cachette, de l'asile où elle est internée.

La seconde est une débile hallucinée-mystique, persécutée et mégalomane qui a été investie par la vierge d'une mission particulière. Cette mission consiste à tirer des pièges de la franc-maçonnerie l'abbé Z. son confesseur, pour lequel elle éprouve depuis 4 ans la plus vive sympathie.

La sympathie de la malade pour son confesseur a nettement un caractère amoureux, mais, ayant une conduite irréprochable, elle s'en défend. Elle passait sous les fenêtres de l'abbé, lui faisait des signes, menaçait les ennemis imaginaires du prêtre, et l'internement est devenu nécessaire.

Dans ces deux cas, le scandale a été un événement heureux, car il a permis d'interner les malades avant un acte plus grave : les délirantes amoureuses et les amoureuses de prêtres en particulier sont souvent, en effet, des malades dangereuses, s'irritant, jusqu'au meurtre de celui qu'elles aiment, de la non-satisfaction de leur passion.

Obsessions, phobies et idées hypochondriaques chez une fillette de 10 ans. Présentation de malade. — MM. *Briand* et *Brissot*. — Il s'agit d'une petite fille ayant des obsessions, des phobies et des idées hypochondriaques semblables à celles dont se plaignait une tante de cet enfant et à laquelle M. Briand a donné des soins.

Cette fillette, âgée aujourd'hui de 10 ans, sur laquelle pèse une double tare mentale héréditaire, était, depuis plusieurs mois, inquiète et préoccupée sans raison au sujet de sa santé, lorsqu'un jour sa maîtresse d'école, dans une leçon sur la propreté, fit connaître les inconvénients qu'il y avait à cracher à terre. En arrivant chez elle, l'enfant raconta qu'elle sentait des microbes échappés d'un crachat qui lui couraient dans la gorge.

Depuis ce jour, elle ne peut entendre tousser quelqu'un sans être prise d'une angoisse des plus pénibles ; elle est obsédée par l'idée qu'elle va contracter la tuberculose.

Elle se déshabille dès qu'elle aperçoit la moindre poussière sur ses vêtements et ne consent à les reprendre que si sa mère a fait le simulacre de les désinfecter. Elle agit de même dès qu'elle entend ou voit quelqu'un tousser ou cracher.

Ce matin, à la suite d'une conversation qu'elle a entendue sur la guérison du cancer, elle a eu, pour la première fois, l'obsession de cette nouvelle maladie.

Paralysie générale sénile. Présentation de deux malades. — MM. *Trénel* et *Libert* présentent deux cas de paralysie générale sénile. La première est une malade âgée de 70 ans. Début il y a un an par des idées de jalousie. Affaiblissement intellectuel progressif ; la mémoire est infidèle, très lacunaire ; état de satisfaction euphorique. Pupilles inégales, réaction lumineuse très paresseuse. Tremblement de la langue, de la face et des mains. Parole trémulante avec échoppement. Parésie musculaire. Réflexes tendineux un peu plus forts à droite. Lymphocytose considérable. Réaction de Wassermann négative. Une fausse couche. Cas douteux en raison du trouble plutôt lacunaire que global de l'intelligence nécessitant une plus longue observation.

La seconde malade est âgée de 65 ans. Elle tient des propos et a une attitude maniaque. Les idées érotiques dominent. Fabulations considérables. Mémoire très infidèle avec cependant un certain degré de conservation de la mémoire de fixation.

Réflexes tendineux complètement abolis ; pupilles très paresseuses à la réaction lumineuse ; pas de douleurs musculaires.

Lymphocytose extrêmement faible et dont on ne peut faire état.

Les auteurs font remarquer à propos de ces deux cas le mélange complexe des symptômes de paralysie générale et de presbyophrénie.

Eruptions syphilitiques chez deux paralytiques générales. Présentation de deux malades. — MM. *Trénel* et *Libert*. — La première malade, chez qui les symptômes paralytiques datent de deux ans, porte des cicatrices toutes récentes d'une éruption secondo-tertiaire.

La deuxième, chez qui les symptômes datent de 4 mois environ, présente des syphilides tuberculo-crustacées du poignet et séborréiforme de la lèvre.

Un cas de stupeur guérie au bout de deux ans et demi. Présentation de malade. — M. *Leroy* présente une jeune femme de 35 ans, née d'un père alcoolique, qui, à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, présenta un état mélancolique avec frayeur et hallucinations auditives et visuelles. Entrée dans les asiles de la Seine au mois d'octobre 1907, cette malade est restée pendant 2 ans et demi dans un état de stupeur complète, avec gâtisme, mutisme, yeux obstinément fermés, flexibilitas cerea par intervalles.

A la fin de mars 1910, sous l'influence de la visite de ses enfants, elle s'est réveillée peu à peu, l'activité est revenue, le gâtisme a disparu et la guérison se montre aujourd'hui complète.

M. Leroy discute le diagnostic de démence précoce avec rémission, folie intermittente avec inhibition mélancolique ou confusion mentale. La malade décrit son état d'esprit pendant sa stupeur comme analogue à l'inhibition, mais le début par un accès hallucinatoire post-fébrile, une certaine amnésie des faits avec désorientation, peuvent faire penser également à la confusion mentale.

Presbyophrénie et psychose de Korsakoff. Présentation de deux malades. — MM. *Brissot* et *Hamel*, de Villejuif, présentent deux malades atteintes, l'une de presbyophrénie, l'autre de psychose de Korsakoff. Ils insistent sur la nécessité de différencier nettement ces deux affections en s'appuyant sur la diversité de l'étiologie, de l'évolution et de quelques symptômes capitaux.

Lésions de la zone de Wernicke sans aphasie. — M. *Marie* apporte les coupes en série d'un encéphale de malade qui, s'étant tiré une balle de révolver à la tempe, se coupa le nerf optique droit et laboura la zone de Wernicke gauche sans qu'il soit résulté d'aphasie appréciable.

Influence des lésions cérébrales sur l'orientation des hallucinations. — MM. *Marie*, *Levet* et *Courbon* présentent les pièces macroscopiques de trois délirants à hallucinations orientées latéralement.

Deux de ces hallucinés latéralisaient leurs voix à gauche durant plusieurs années ; ils moururent d'hémorrhagie finale intéressant les tractus auditifs (carrefour sensitif capsulaire gauche). Le troisième, qui orientait ses hallucinations du côté droit, mourut d'hémorrhagie capsulaire droite (relation possible entre la lésion pré-hémorrhagique ancienne et la latéralisation subjective du processus hallucinatoire).

Idées obsédantes de suicide et d'homicide chez une dégénérée. — M. *Dabout* présente une jeune femme mariée depuis 18 mois qui a des idées obsédantes de suicide et d'homicide depuis quelques mois.

Les antécédents héréditaires (père mort paralytique général probable) et personnels (une attaque de mal comitial probable, stigmates de dégénérescence physique) vont bien avec l'histoire de la malade. Cette observation est intéressante parce qu'elle est relative à une malade de la ville et qu'elle pose le problème médico-légal de l'internement. Ces malades peuvent être soignés dans leur famille, dans la maison de santé libre ou dans l'asile. Dans ce cas particulier, il est sage d'essayer du traitement familial ; l'internement doit être envisagé, mais seulement si la malade a des réactions plus précises dont le caractère se modifierait avec tendance à la violence. Au point de vue thérapeutique, l'isolement est à tenter si la malade veut bien s'y soumettre.

ANALYSES

Sur les voies de pénétration des microbes et sur l'évolution de la méningite à pneumocoques ; par le Dr Grober. (*Munchener medicinische Wochenschrift*, n° 25, p. 1.332, 21 juin 1910.)

Grober rappelle que nous ignorons la voie suivie par le pneumocoque pour gagner les méninges : la voie lymphatique paraît suivie par le germe pathogène brusque du poumon ; il gagne la plèvre ou le péricarde. D'autre part, nous savons aujourd'hui que le pneumocoque circule dans le torrent sanguin au cours de pneumonies même en apparence banales. Est-ce la voie lymphatique ou la voie sanguine que le germe emprunte pour parvenir aux espaces sus-arachnoïdiens ?

Il est intéressant de rapprocher la méningite à pneumocoque de la méningite tuberculeuse. Dans la méningite tuberculeuse en effet, tous les auteurs ont noté la fréquence des adénopathies médiastines, ce qui suggère l'idée d'une communication lymphatique possible entre les ganglions du médiastin et les espaces sous-duremériens.

D'un autre côté nous connaissons bien l'importance de l'infection rhinopharyngée dans la pathogénie de la méningite cérébrospinale et sans doute aussi de la paralysie infantile, or la présence du pneumocoque dans le pharynx est une notion classique, est-ce donc du pharynx que le pneumocoque gagne les méninges ?

Des observations cliniques que publie Grober, il faut en retenir une, qui a trait à un enfant guéri après une méningite à pneumocoques. L'évolution si fâcheuse en général de la méningite à pneumocoques rend cette observation intéressante. L'enfant a été traité par le sérum anti-pneumococcique de Römer.

R. Debré.

Quelques méthodes pour la coloration des spirochètes d'après Meirowsky et Halb (*Munchener medicinische Wochenschrift*, n° 27, 5 juillet 1910, p. 1452, et 28 juin 1910, p. 1393).

Pour colorer spirochète pallida et spirochète refringens, Meirowsky propose la méthode de *coloration vitale* suivante :

Placer le matériel à colorer dans une solution de violet de méthyle (Gubler) additionnée de quelques gouttes d'eau salée physiologique, mélanger intimement le matériel et le colorant par un broyage attentif ; la coloration est achevée au bout de quelques minutes. L'intensité de la coloration dépend de la concentration de la solution ; on reconnaît que la coloration est « à point » à la couleur que présente l'enveloppe lipoïde du globule rouge qui doit être bleu violet foncé. Le spirochète pallida est coloré en violet clair et le spirochète refringens en bleu violet très foncé.

L'auteur a pu par cette méthode simple garder vivants des spirochètes colorés pendant 12 jours. De plus, dans un certain

nombre de cas, cette coloration permet d'apercevoir à la partie moyenne du tréponème un épaississement, sans doute le noyau, mais nos études sur la morphologie de ces protozoaires sont trop peu avancées pour que nous puissions l'affirmer.

Au lieu de méthylviolet, on peut employer le cristal violet, mais la coloration est moins bonne.

Kalb conseille la technique suivante :

Le colorant employé sera le suivant : éosine B. A. 0 gr. 5, alcool (à 70 p. 100) 50 gr., triacide 30 gr. Ce mélange colorant, *triacide-éosine* contient donc quatre substances colorantes : vert de méthyle, fuchsine-acide, orange et éosine. La solution doit être claire et ne pas contenir de grumeaux. Les lames sur lesquelles on a étalé et fixé avec soin le suc à colorer reçoivent quelques gouttes du colorant, on passe à la flamme ; prendre garde que la préparation ne prenne pas feu car elle contient de l'alcool. Lavage délicatement fait avec de l'eau d'abord, puis abondamment avec une solution faible d'acide acétique (une partie de vinaigre du commerce pour dix parties d'eau). Si la préparation est épaisse renouveler le lavage avec l'acide acétique et même passer à l'alcool très vite.

Différenciation facultative avec une solution de tannin à 20 p. 100. Pour que la coloration soit bonne, il faut que le fond soit très pâle, mais les globules rouges encore nettement teintés en rouge, la périphérie de la préparation rose claire, alors que les spirochètes apparaissent incolores et se détachent sur le fond.

Les avantages de cette méthode sont la rapidité (1/2 à 1 minute), la facilité d'exécution, le bon marché de la substance colorante employée. Elle peut donc être intéressante à connaître pour le praticien. R. DEBRÉ.

Traitement diététique de l'ulcère de l'estomac. (Dr ALBU. *Revue mensuelle de la thérapeutique physique et diététique*, août 1909.)

Les méthodes de Leube et de Lenhartz se valent à peu de choses près au point de vue des résultats immédiats (90 % de guérisons Leube, 91.6 % Lenhartz). Mais on ne peut pas encore se prononcer sur les résultats éloignés. En cas d'ulcère récent et saignant, on devrait employer l'alimentation rectale plus qu'on ne le fait et cela surtout si la gastrorrhagie est assez profuse et si l'ulcère récidive rapidement, Albu se sert surtout des lavements nutritifs préparés avec des œufs et du lait. De plus, lorsque l'on reprend l'alimentation *per os*, on ne peut pas schématiser comme le font Leube et Lenhartz. Albu préfère une alimentation avec des bouillies lactovégétariennes, 1500 calories pour les premiers huit jours. Après ce temps il donne des œufs, des brioches, des flans ; après trois semaines, gelées de viande blanche.

Ce n'est qu'au bout de trois mois et avec beaucoup de précautions qu'Albu passe à un régime normal. Il insiste beaucoup sur le repos absolu au lit pendant 15 jours. FRIEDEL.

Traitement de l'ulcus de l'estomac. (W. LEUBÉ. *Deut. med. Wochenschr*, 1909, n° 22.)

Leube a obtenu avec son traitement 90 % de guérisons dans 547 cas (ulcus ne saignant pas) et cela dans 4 à 5 semaines pour les 3/4 des cas. Ce traitement consiste en repos absolu au lit pendant 1 à 2 semaines, usage de l'eau de Carlsbad, applications chaudes pendant 12 heures (thermophore) et diète légère progressivement augmentée. Même pour l'ulcus saignant, sa méthode a donné 90 % de guérisons. Dans ces cas il prescrit une abstinence gastrique absolue pendant les premiers jours. Pour saturer les acides gastriques et pour obvier au péristaltisme, dû à la faim, il donne du bismuth et de l'opium.

L'inanition et par là une prolongation de la durée du traitement n'ont jamais été observées. La quantité de l'hémoglobine du sang n'a pas diminué pendant la première quinzaine de diète légère. Si le pourcentage des récidives d'hématémèse est un peu plus élevé dans les cas de Leube que dans ceux de Lenhartz, on ne peut se baser sur ce fait pour porter un jugement définitif pour ou contre l'une ou l'autre méthode. FRIEDEL.

Le pancréas dans l'achylie et l'anachlorhydrie gastrique. (EHRMANN et LEDERER, *Deut. méd. Wochensch.* 1909, 20 mai.)

Conclusions des expériences faites par les auteurs :

Dans l'achylie et l'anachlorhydrie, la fonction pancréatique n'est pas, comme on l'a cru jusqu'alors, modifiée et diminuée ; elle peut même être meilleure que dans les conditions normales.

Inutile par conséquent de donner HCL pour exciter cette fonction, HCL n'étant pas l'excitateur du pancréas. Dans le repas d'épreuve huileux (Volhard) et dans le repas d'Ewald on trouve presque toujours la trypsine. Dans l'hyperacidité au contraire, on ne trouve presque jamais la trypsine ; plus le suc gastrique contient de bile, plus il est riche en trypsine. Dans d'autres cas d'hyperchlorhydrie cependant, la trypsine peut manquer complètement.

Et la cause de cette absence n'est probablement pas à mettre sur le compte de la destruction par l'acide, mais plutôt sur le compte de l'influence qu'a cette hypersécrétion sur la sécrétion pancréatique en entier et peut-être aussi sur la fonction pylorique. L'influence des graisses sur le reflux de suc intestinal (démontrée par Boldireff chez le chien), n'est pas encore nettement établie chez l'homme et il est probable que l'influence mécanique (introductions de la sonde, efforts de vomissements et contraction de la paroi abdominale) joue un rôle dont il faut tenir compte. Par conséquent on ne peut pas encore se servir du reflux intestinal dans l'estomac pour juger de la valeur fonctionnelle quantitative du pancréas. Cette valeur peut être évaluée d'une façon sûre par d'autres méthodes.

La méthode peut cependant servir lorsqu'on veut faire une épreuve qualitative et alors le simple repas d'Ewald peut suffire. FRIEDEL.

La cure par les eaux minérales, physiologiquement dosée comme thérapeutique d'exercice contre la constipation habituelle. (Dr RHEINBOLDT, *Zeitsch. f. phys. u. diætet. Therapie*, juin 1909.)

Les cures d'hydrothérapie interne sont trop souvent encore instituées schématiquement et la thérapeutique par les eaux minérales n'est pas assez la mise en pratique de la physiologie.

Tout le monde est d'accord pour admettre que les moyens qui influencent l'intestin (purgatifs, lavements, massage, etc.) provoquent bien l'évacuation, mais ne guérissent pas la constipation. La cure laxative par les eaux ne le fait pas non plus et Boas met les résultats obtenus par elle sur le compte des nombreux moyens adjuvants mis en œuvre. Rheinboldt est d'accord avec Boas et est d'avis que la cure minérale ne doit pas servir à provoquer l'évacuation, mais bien à rééduquer la sensibilité réflexe de l'intestin. Cette sensibilité, si elle est diminuée, ou retardée ou perdue, est la cause de la constipation. Il faut s'astreindre à la réveiller et dans ce but on doit utiliser les eaux en quantité minime juste assez grande pour provoquer l'excitation de l'intestin et pour obtenir une selle. L'excitation intestinale obtenue, on l'entretient avec une quantité décroissante d'eau et on arrive ainsi à la selle normale. FRIEDEL.

Augmentation de la secrétion et de l'acidité du suc gastrique pendant la menstruation. (Dr WOLPE, *Deut. med. Wochenschrift*, 1908, n° 3.)

Les recherches sur 12 femmes ont démontré que, pendant la menstruation, la chlorhydrie et l'acidité totale du suc gastrique sont augmentées, que la fonction secrétoire est augmentée, tandis que la fonction motrice est très diminuée. Ces modifications sont dues sans aucun doute à une excitation nerveuse réflexe. Peut-être la perte sanguine est-elle en cause. FRIEDEL.

Recherches expérimentales sur les troubles digestifs pendant la grossesse. (Dr BORODENKO, *Berl. Klin. Wochenrh.*, 1909, n° 23.)

Sur une chienne gravide, pourvue d'un estomac, d'après Paulow, l'auteur a noté à l'approche du terme une diminution de la secrétion gastrique, due d'après lui à l'appauvrissement de l'organisme en sels, qui sont utilisés à la formation des embryons. D'où un appétit instinctif pendant la grossesse pour une nourriture salée et acide. Les sels remplacent ceux qui sont utilisés pour l'embryon ; les acides excitent la fonction secrétoire du pancréas. Ces points sont intéressants au point de vue diététique et thérapeutique pendant la grossesse. FRIEDEL.

Les bactéries du grêle et l'influence qu'ont sur elles les antiseptiques. (Dr Fedgen, Thèse de Bonn, 1908.)

L'auteur conclut : Les désinfectants, le calomel surtout exercent une influence antiseptique sur le grêle en ce sens qu'ils produisent une expulsion mécanique des bactéries et de leur milieu nutritif. Seulement en même temps ils traumatisent l'intestin, de sorte qu'il s'ensuit une augmentation des bactéries. Un laxatif qui produit une forte sécrétion sans léser la muqueuse intestinale est donc le moyen désinfectant idéal. Friedel.

Les fonctions gastro-intestinales dans l'alcoolisme chronique. (Eisenhardt. *Zeitschrift f. phys. u. diet. Therapie*, décembre 1909.)

L'alcoolisme chronique peut, on le sait, provoquer une gastrite chronique, principalement l'abus des alcools forts. Martens, Koziczkowsky, Foster, ont publié des travaux sur le sujet.

Martens a constaté dans 77 % des buveurs invétérés et dans 62 % des buveurs modérés une diminution de la sécrétion chlorhydrique. Koziczkowsky rapporte 12 cas d'hyperchlorhydrie chez des buveurs de bière et de vin et parle de névrose gastrique.

Foster divise les buveurs en deux catégories : 1° ceux qui ne souffrent pas de l'estomac ; leur motricité gastrique est normale, A est diminuée, HCl ne dépassait pas 15 ; dans beaucoup de cas il y avait achlorhydrie, il n'y avait pas de mucus ; 2° ceux qui souffraient de l'estomac ; beaucoup de mucus mélangé ou non aux aliments, pas de HCl libre, A était très diminuée, les ferments étaient normaux.

Eisenhardt a examiné 30 buveurs. Repas la veille de l'expérience : 125 gr. de viande, 200 gr. de purée de pommes de terre, 50 gr. de pain blanc.

Tubage et lavage à jeun. Puis repas d'épreuve retiré après 50 minutes.

Examen du suc filtré d'après les méthodes ordinaires. Répétition de cette expérience à plusieurs reprises. Ensuite repas de Schmidt, examen macro et miscroscopique des selles, le deuxième et troisième jour, épreuve de fermentation, épreuve du sachet et de Sahli pour étudier la fonction pancréatique, réaction de Weber après deux jours d'exclusion de viande. Les buveurs ne fumaient pas ou peu, et ne faisaient pas d'abus de thé ou de café. L'alcool absorbé était de l'eau-de-vie de mauvaise qualité.

De ses expériences il résulte : sur les 30 buveurs, 22 accusaient des troubles subjectifs, 8 étaient indemmes de symptômes. L'acidité était normale et la chlorhydrie bonne dans 1 cas, il y avait hyperacidité dans 3 cas, hypoacidité dans 3 cas, anachlorhydrie dans 23 cas. On n'a pas pu déterminer en quelle mesure la durée et la manière de l'abus influençaient la gastrite, et il faut admettre l'influence certaine d'une prédisposition personnelle et la tolérance spéciale.

La motricité était presque toujours normale, exagérée dans 9 cas, surtout dans la gastrite hypochlorhydrique. Pas de cas de stase, un cas d'insuffisance légère.

La forme et les rapports de l'estomac étaient normaux. La digestion des albumines était diminuée ou abolie dans 6 cas. Présence de sang dans six cas avec Weber positif. Examen des fèces : normales dans 3 cas, tissu conjonctif dans 24 cas, 1 fois fibres musculaires et grossies, 6 fois mucus. Catarrhe chronique dans 6 cas, 1 fois entérite du grêle. En somme l'intestin n'était pas aussi lésé que l'estomac. Friedel.

BIBLIOGRAPHIE

L'avenir du syphilitique. Méfaits possibles de la syphilis abandonnée à elle-même (Sa bénignité habituelle quand elle est soumise au traitement et aux lois de l'hygiène) ; par le Dr Alex Renault. (Octave Doin et fils, éditeurs.)

Le livre débute par un aperçu rapide de l'évolution de la syphilis à travers ses diverses étapes. Cet aperçu se termine par plusieurs statistiques sur le tertiarisme, puisées à différentes sources.

Puis, l'auteur aborde un chapitre très digne de fixer l'attention des hygiénistes autant que des médecins. Il s'agit de la *mortalité* due à la syphilis. Que d'opinions contradictoires émises à ce sujet dans ces dernières années ! Aussi bien, malgré les chiffres accumulés, principalement dans les compagnies d'assurances sur la vie, le jour n'est-il pas fait sur la question.

Le chapitre V, en effet, est entièrement consacré à l'étude des conditions qui peuvent modifier l'aspect et l'évolution de la syphilis, telles que : l'âge du sujet, le climat, le régime et l'hygiène, les causes dépressives de tout ordre, les tempéraments, les états morbides, tant généraux que locaux, etc.

A l'occasion de ce long exposé, le Dr Alex Renault discute la valeur qu'il faut attribuer à la nature du virus, en même temps que la prétendue solidarité que l'on a cherché à établir entre les accidents du début et l'avenir lointain du syphilitique.

Le chapitre VI nous apprend en revanche les ravages que la syphilis peut exercer dans les divers systèmes de l'économie lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, quelle que soit d'ailleurs la bénignité de ses débuts.

Heureusement, à la vérité, ce tableau, parfois effrayant, trouve de puissants correctifs dans la rapidité et la précision du diagnostic, comme aussi dans le traitement, appliqué avec énergie, méthode et persévérance.

Bref, l'auteur a voulu montrer que, réserves faites pour quelques cas très rares qui déjouent toutes les ressources de l'art, la syphilis n'est point toujours et quand même la maladie *terrible* que d'aucuns s'imaginent, alors que les règles de la thérapeutique et de l'hygiène sont appliquées dans toute leur rigueur. L'art peut souvent atténuer et rendre bénigne une maladie grave. Voilà certes une consolante vérité. G. M.

Diagnostic de la syphilis. Séro-diagnostic ; par Paul Gastou et A. Girauld. (Chez J.-B. Baillière et fils).

Petit livre très complet qui indique avec précision les moyens de laboratoire que peut mettre en œuvre le médecin pour le diagnostic de la syphilis à ses diverses périodes : ultramicroscope, coloration des frottis, sérodiagnostic, etc. G. M.

Gonorrhée chronique de l'homme. Notions et traitements modernes ; par G. Fraisse. (Chez Maloine).

Volume de 330 pages étudiant avec le plus grand soin et avec la meilleure méthode didactique la gonorrhée chronique de l'homme et son traitement. On y trouvera successivement exposées avec clarté les conditions qui favorisent le passage de la blennorrhagie à la chronicité, les signes de la guérison de la blennorrhagie aiguë, l'exploration de l'urèthre masculin, etc. La technique de l'endoscopie uréthrale, méthode encore peu répandue en France et pourtant si féconde en résultats pratiques, y est exposée avec méthode et clarté.

Après un chapitre très complet sur l'anatomie pathologique des lésions uréthrales dans la gonorrhée, les 130 dernières pages du livre concernent le traitement : dilatation, électrolyse, etc. Enfin un chapitre dû à M. Perrin, de Lausanne, est consacré à la pathogénie et à la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre.

Le livre est à consulter par tous ceux qui s'occupent de blennorrhagie, praticiens comme spécialistes. G. M.

Qu'est-ce que la morale ? par Herbert Spencer, traduit de l'anglais, par M. Desclos-Auricoste, 1 volume in-8° de 300 pages. (Librairie Schleicher frères.)

Cet ouvrage, un des plus remarquables du célèbre philosophe anglais, vient à son heure, car il institue les bases scientifiques d'une morale sociale. Toutes les religions avaient affirmé l'existence d'un « souverain bien » existant de toute éternité et qui serait amené à la connaissance des hommes par la voix de la conscience. Mais ce « souverain bien » ayant été passé au crible de l'analyse, il n'en est plus rien resté.

Il convenait donc de reconstituer la morale sur des bases nouvelles. Et c'est à quoi se sont employés depuis quelques années les plus illustres philosophes français et étrangers.

L'ouvrage de longue haleine que nous avons sous les yeux, fruit de longues méditations d'un des esprits les plus puissants de notre époque, ne saurait se juger avec rapidité. Aussi nous

nous bornerons brièvement à dire que Spencer y fait état des connaissances biologiques, psychologiques et sociologiques pour établir une morale sociale basée sur la relativité de toutes choses, ainsi que sur les sentiments humains qui tous tendent à la défense de l individu et de l'espèce. Cette morale toute moderne a le grand avantage de s'appuyer à la fois sur les instincts personnels et sur le besoin de conservation sociale. Aussi ce bel ouvrage, écrit dans un style clair et simple, est-il destiné à un très gros succès.

La stabilité de la vie. *Etude énergétique de l'Evolution des Espèces* ; par Félix Le Dantec, chargé du cours de Biologie à la Sorbonne. (1 vol. in-8 de la *Bibliothèque Scientifique Internationale*; chez Alcan, Paris, 1910.)

Dans ce journal j'ai plusieurs fois déjà analysé les excellentes études de M. Le Dantec : l'année dernière encore, au sujet de la crise du transformisme, j'exprimais tout le plaisir que j'éprouvais à voir l'auteur indiquer avec netteté l'erreur commise par certains observateurs qui interprètent les faits d'une façon erronée et compromettent ainsi cette belle conception.

Ce volume est encore une confirmation et de plus une explication des données transformistes. L'auteur s'efforce d'y établir une loi physique qui régit fatalement tous les changements survenant dans les espèces vivantes ; cette loi de la *stabilité progressive des espèces* a une importance philosophique considérable ; elle montre en effet que les variations spécifiques deviennent de plus en plus en plus improbables à mesure que les espèces vieillissent, et cette remarque permet de croire au transformisme sans avoir constaté *de visu* un seul changement d'une espèce actuellement vivante.

Mais ce qui est plus important encore que le résultat obtenu, c'est la méthode par laquelle l'auteur y arrive. Après avoir exposé d'une manière très simple et très philosophique les fondements de la science de l'Energie, M. Le Dantec établit une nouvelle manière de parler des *phénomènes qui continuent*, manière de parler rationnellement féconde, et dont l'application à la vie suffit à démontrer immédiatement la loi cherchée. C'est la première fois qu'une étude complète des phénomènes vitaux est entreprise dans le langage énergétique ; l'auteur y a réussi, tout en restant constamment à la portée de tous les lecteurs pourvus d'une instruction élémentaire. G. Paul-Boncour.

Atlas de Radiographie chirurgicale ; par le prof. Grashey et le Dr Nogier, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-4, avec 80 planches comprenant 240 figures et 64 schémas. (Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris.)

Le meilleur procédé pour tirer de la radiographie le maximum d'enseignements est à coup sûr de pratiquer beaucoup ce mode d'exploration. Il semble que nous soyons loin en France de ce qu'on fait à l'étranger, où les *radiographies* se font chaque matin *par dizaines* dans les hôpitaux des grandes villes. En prenant un grand nombre de clichés tous les jours, en les analysant avec soin, en les discutant avec le médecin ou le chirurgien qui les a demandés, en vérifiant au besoin le diagnostic par une intervention chirurgicale, on acquiert une aptitude à l'interprétation et une sûreté de jugement qu'aucune autre méthode ne peut complètement remplacer.

Il faut distinguer en effet, en radiographie, la science de l'interprétation et l'habileté technique. Lorsqu'on demande une radiographie à un spécialiste, ce n'est pas une image. même parfaite, qu'on réclame de lui, mais un élément de plus de diagnostic, un avis documenté, un avis *médical* sur un cas douteux. Et c'est pour cela que la radiographie est du domaine médical et qu'elle nécessite une éducation spéciale. Cette éducation est la meilleure garantie contre les *erreurs imputées à la radiographie*. Pour éviter les erreurs d'interprétation, tous les appareils et toutes les connaissances physiques ne suffisent pas : elles doivent être complétées par un sens clinique toujours en éveil et par l'étude attentive de nombreuses radiographies normales et pathologiques. Tout le monde n'a pas la bonne fortune de posséder une importante collection personnelle de clichés radiographiques ou de fréquenter un service de radiologie de nos hôpitaux ; plus rares encore sont ceux qui peuvent aller compléter leurs connaissances dans les grands centres de radiologie à l'étranger. C'est justement pour faciliter cette éducation spéciale des radiologistes que le Dr Grashey a publié ses atlas de radiographie.

Lorsqu'on connaît parfaitement les images normales, un bon choix d'images pathologiques est le meilleur guide que l'on puisse souhaiter. Le présent atlas suppose cette connaissance préalable de la radiographie normale, puisque tout ce qui n'était pas pathologique a été supprimé. C'est ainsi que l'auteur a pu faire rentrer un aussi grand nombre de clichés dans un espace aussi restreint.

Nul n'était mieux qualifié que le Dr Grashey pour publier ce nouvel ouvrage, qu'appelait le succès de son devancier l'*Atlas de radiographie normale*.

L'*Atlas de radiographie chirurgicale* renferme toute une série de cas d'autant plus intéressants que les radiographies ont été contrôlées par de nombreuses interventions chirurgicales. On peut donc dire qu'elles ne fournissent que des documents certains. Les clichés ont été reproduits en vraie grandeur pour plus de clarté. De courtes notices tirées de l'histoire des malades et des interprétations très précises accompagnent chaque planche. On retrouvera dans tout ce travail l'esprit de méthode et de clarté que l'on a pu déjà apprécier dans l'*Atlas de radiographie normale* et on sera frappé de la façon excellente avec laquelle le Dr Grashey commente chacune des radiographies faites dans son service.

C'est avec un très réel profit que le médecin et le chirurgien parcourront cet ouvrage. Ils y retrouveront bien des fois des cas semblables à ceux qu'ils auront eu déjà l'occasion de voir eux-mêmes. On y trouvera l'exposé des travaux français les plus récents, comme aussi le résultat des observations personnelles du Dr Nogier. Le présent atlas contribuera à faire apprécier de plus en plus à leur juste valeur des méthodes d'investigation radiographiques, comme aussi à tracer les limites de ce merveilleux procédé d'exploration.

Le traitement mercuriel de la syphilis ; par Nicolas. (Poinat, éditeur, 0 fr. 50.)

Petite brochure « des Consultations médicales françaises » qui condense d'une façon très didactique les notions indispensables pour l'administration du mercure : administration par le tube digestif, par la voie cutanée et muqueuse externe ; par les voies respiratoires ; en injections intramusculaires de sels solubles et de sels mercuriels insolubles. G. M.

Etudes sur la paralysie générale et sur le tabes ; par Paul Spillmann et Perrin. (Poinat, éditeur).

Petite brochure fort bien faite traitant successivement les chapitres suivants : le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale ; les lésions syphilitiques en évolution au cours des affections parasyphilitiques ; le rôle de la syphilis dans l'étiologie du tabes dorsal ; particularités symptomatiques relevées dans une série de 105 cas de tabes dorsalis ; la descendance des paralytiques généraux et des tabétiques ; fréquence des insuccès du traitement antisyphilitique chez les paralytiques généraux ; fréquence des succès chez les tabétiques. G. M.

Thérapeutique usuelle des maladies de l'appareil respiratoire ; par Martinet (C.). (Chez Masson.)

Ce livre, fort bien édité, fourni de gravures explicatives et d'excellentes formules, indique immédiatement au praticien la bonne conduite à tenir en présence d'une maladie des voies respiratoires. C'est donc un livre indispensable au medecin dont les 3[4 de la clientèle sont constitués par ce genre de malades. G. M.

La Rachicentèse ; par P. Ravaut, médecin des hôpitaux de Paris, Gastinel et Velter, internes des hôpitaux. 1 brochure grand in-8° (n° 60 de l'*Œuvre Médico-chirurgical*). (Masson et Cie, éditeurs.... 1 fr.25.)

Depuis que l'on pratique couramment en clinique l'examen cytologique, bactériologique, chimique, du liquide céphalo-rachidien, l'usage de la ponction lombaire s'est étendu de plus en plus, mettant ainsi en évidence ses nombreuses indications, non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore au point de vue de la thérapeutique.

Sous le nom de rachicentèse, les auteurs étudient les effets thérapeutiques actuellement connus obtenus par la simple soustraction de liquide céphalo-rachidien.

Ils cherchent d'abord, après avoir rapidement rappelé la technique de la ponction lombaire, à préciser les conditions complexes de cette action ; ils en discutent ensuite les indications et indiquent à propos de chacune d'elles la conduite à tenir, la quantité de liquide à soustraire et les règles à suivre dans la répétition des ponctions. Ils passent ainsi successivement en revue les effets de la rachicentèse dans les traumatismes du crâne, du rachis, les hémorragies méningées, les diverses réactions et états méningés les méningites, les troubles nerveux des intoxications et de la syphilis acquise et héréditaire, les tumeurs cérébrales et abcès du cerveau, les hydrocéphalies, les affections oculaires et auriculaires et terminent par un intéressant chapitre sur les effets de la rachicentèse dans le prurit et certaines affections cutanées ; ils signalent les liens encore mal connus qui existent, surtout à l'état pathologique, entre la tension artérielle et la tension céphalo-rachidienne.

Dans cette brochure, les auteurs, dégagés de toute idée théorique, présentent sous une face nouvelle une question qui n'avait été jusqu'alors que partiellement étudiée et montrent, avec une compétence toute spéciale, les ressources thérapeutiques que peut trouver le médecin dans la pratique de la rachicentèse. C. D.

Thérapeutique usuelle des maladies de l'appareil respiratoire ; par M. A. Martinet (1 vol. de 293 p. chez Masson et Cie, 1910.)

Bon livre de pratique médicale, où l'on trouve exposé d'une façon méthodique et assez précise, le traitement des bronchites aiguës et chroniques, de l'emphysème, de l'asthme, de la pneumonie, de la tuberculose pulmonaire, de la coqueluche, des congestions pulmonaires, des pleurésies, et des toux « réflexes ».

L'ouvrage se termine par un excellent chapitre de *gymnastique respiratoire*, dû à M. le Dr P. Desfosses. Ce chapitre, illustré de figures, donne les indications de la gymnastique respiratoire, et renseigne sur ses bases physiologiques, sur l'éducation des centres nerveux respiratoires, l'entraînement des muscles inspirateurs, et sur l'assouplissement des articulations.

Les ferments digestifs des leucocytes (protéase et lipase) ***le zymo-diagnostic*** ; par MM. Noel Fiessinger et Pierre-Louis Marie. (Un vol. in-12, de 186 p. chez Maloine, 1910.)

Ce petit ouvrage représente une mise au point actuelle des notions acquises à ce jour sur les ferments leucocytaires, plus particulièrement à propos des *protéases* et des *lipases*, et sur les applications (zymo-diagnostic) à la physiologie et à la pathologie générale au diagnostic clinique et à la thérapeutique modernes.

On trouvera tout ce qui est connu sur la recherche, l'isolement et les propriétés des ferments leucocytaires, etc.

L'ensemble est décrit avec clarté et facilite ainsi l'étude encore souvent obscure des ferments leucocytaires. La lecture de ce petit livre est à recommander.

Défendons l'âme française ; par A. Delpech, 1 vol. in-8, (Librairie Schleicher frères, Paris.)

M. le Sénateur Delpech fait partie de cette lignée de vieux et sincères démocrates qui, ayant aimé la République, au temps de l'Empire, ne voient pas sans un serrement de cœur le scepticisme envahir peu à peu toutes les classes de la société, et l'arrivisme devenir une théorie politique courante. Aussi, convaincu qu'une démocratie, pour être viable et respectée, doit s'appuyer sur un idéal qui est celui de tous les anciens démocrates, pousse-t-il un cri d'alarme. Il met en parallèle la foi politique de Révolution française et celle des partis déchus et il n'a pas besoin d'un grand effort pour montrer à la jeunesse d'aujourd'hui que la déchéance de ces derniers est désormais irrémédiable. D'une plume sincère, il indique la voie à suivre, et l'idéal à atteindre. Ce brillant petit ouvrage aura, entre beaucoup d'autres, le grand avantage de faire ressortir d'une façon éclatante l'immense supériorité de la morale laïque et républicaine sur celle religieuse.

FORMULAIRE OFFICINAL

NOUVEAU CODEX

Gouttes amères de Baumé.

Fève de Saint-Ignace râpée......	100 grammes.
Carbonate neutre de potassium...	2 gr. 50
Suie préparée..................	0 gr. 50
Alcool à 70°..................	500 —

Faites macérer en vase clos pendant dix jours, en agitant de temps en temps ; passez avec expression et filtrez.

Caractères. — Liquide brun noirâtre, très amer, ne se troublant pas par addition de son volume d'eau distillée.

Réaction d'identité. — Faites tomber dix gouttes de teinture dans une capsule de 200 centimètres cubes environ. Ajoutez une goutte d'acide sulfurique concentré ; remuez de façon à étendre le mélange sur les parois de la capsule et chauffez au bain-marie. Dès que l'alcool sera évaporé, il se produira une belle coloration rouge violacé, disparaissant par addition de quelques gouttes d'eau.

Observation. — Cette préparation renferme deux fois et demie moins de principes actifs que les gouttes amères de Baumé du Codex de 1884.

Teinture d'iode.

Iode.........................	10 grammes.
Alcool à 95°.................	90 —

Teinture de scille.

Scille grossièrement pulvérisée (tamis n° 9).................	100 grammes.
Alcool à 60°.................	500 —

Opérez comme pour la teinture d'arnica.

Liquide rougeâtre, de saveur âcre, ne précipitant pas par addition de son volume d'eau distillée.

Teinture de strophantus.

Semences de strophantus en poudre demi-fine (tamis n° 15)....	100 grammes.
Alcool à 70°.................	Q.S.

Faites, par lixiviation, 1 000 grammes de teinture (Convention internationale).

Caractères. — Liquide jaunâtre, fortement amer, se troublant légèrement par addition de son volume d'eau distillée.

Observation. — Cette teinture renferme moitié moins de principes que celles du Supplément du Codex de 1884.

Toxique,

Élixir parégorique.

Poudre d'opium...............	5 grammes.
Acide benzoïque..............	5 —
Essence d'anis...............	5 —
Camphre......................	2 —
Alcool à 60°.................	985 —

Faites macérer en vase clos pendant huit jours ; filtrez.

Dix grammes de cette préparation correspondent à *cinq centigrammes* de *poudre d'opium*, soit à *vingt-cinq milligrammes* d'*extrait d'opium* et renferment *cinq milligrammes de morphine* (Convention internationale).

Caractères. — L'élixir parégorique est un liquide jaune brun, à odeur anisée, à saveur douceâtre, à réaction acide.

Elixir de pepsine.

Pepsine......................	20 gr.
Eau distillée................	280 —
Vin de Lunel.................	500 —
Glycérine officinale.........	200 —

Délayez la pepsine dans l'eau distillée, ajoutez le vin de Lunel, puis la glycérine. Mélangez et laissez en contact pendant dix jours au minimum, en agitant de temps en temps. Filtrez au moment du besoin.

L'activité de l'élixir de pepsine diminuant avant le temps, on doit s'assurer qu'il répond toujours à l'essai suivant.



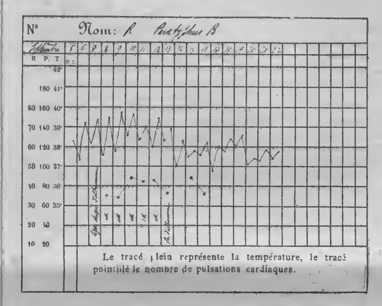
TRAVAUX ORIGINAUX

Le paratyphus B. et son évolution clinique ;

Par MM. E JOB et V. RAYMOND
Médecins-majors de 2e classe, répétiteurs à l'Ecole du service de santé militaire.

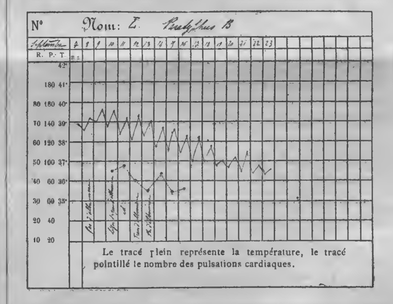
Les cas de paratyphus B se sont multipliés au cours de ces dernières années et nous avons appris à les mieux connaître au point de vue bactériologique Grâce aux recherches poursuivies à l'étranger, en France, grâce surtout aux travaux de MM. Sacquépée et Chevrel, de MM. Netter et Ribadeau-Dumas ; leur étude clinique s'est édifiée parallèlement aux investigations microbiologiques, mais peut-être, au gré de certains, n'a-t-elle point donné lieu à des précisions suffisantes. Le manque de caractères permettant de distinguer, d'une façon certaine, le paratyphus B de la fièvre typhoïde est-il inhérent à l'évolution même de la maladie, ou tient-il à notre connaissance insuffisante de sa symptomatologie ? C'est là une question qui n'est point encore complètement résolue actuellement et c'est pour cette raison que nous avons cru utile de rapporter les deux observations ci-dessous, recueillies au cours de l'automne et de l'hiver derniers.

Observation I. — R., soldat au 17e régiment d'infanterie, est évacué sur l'hôpital militaire Desgenettes le 5 septembre 1909 au cours des marches qu'effectue son régiment pour se rendre aux manœuvres du Bourbonnais. Il est malade depuis le commencement du mois, se plaignant de diarrhée, céphalée, insomnie. A son entrée à l'hôpital, on constate une inflammation du voile du palais et des amygdales, qui sont recouverts d'un léger exsudat, non membraneux. Le malade est enroué, presque aphone ; dans la poitrine on entend des râles ronflants et sibilants, il existe une diarrhée fétide, un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, la rate est légèrement hypertrophiée, son pôle inférieur est perceptible à la palpation, il n'est pas dur. La température axillaire est de 38°3, elle tombe à 37°3 le 6 au matin, mais s'élève à 39°2 le soir, il est fait un prélèvement de l'exsudat pharyngé et une prise de sang pour séro-diagnostic. Le résultat de l'ensemencement des sécrétions de la gorge sur sérum coagulé est négatif au point de vue de la présence du bacille de Löffler ; en revanche le séro-diagnostic éberthien est positif en 1 heure à 1/50, le diagnostic de fièvre typhoïde est porté et le malade passe dans le service des typhoïdiques le 7 dans la soirée Le 8 au matin, les signes antérieurement constatés persistent, l'examen de la gorge révèle toutefois une particularité intéressante : l'inflammation catarrhale notée à l'entrée a changé d'aspect et on voit des ulcérations sur les piliers antérieurs du voile du palais et sur les amygdales, ulcérations superficielles qui sont considérées comme des ulcérations typhoïdiques. Le malade est toujours très enroué, la pression du larynx est douloureuse et la laryngoscopie pratiquée par notre camarade, M. Vennin, ne révèle que de la tuméfaction de la muqueuse sans ulcérations. Le même jour, il est pratiqué une ponction veineuse, 4 centimètres cubes de sang sont ensemencés dans 7 cm³ de bile de bœuf stérile : après 18 heures de séjour à l'étuve, une goutte de bile est étalée sur une plaque d'Endo qui fournit le 10 de nombreuses colonies dont l'examen sur les divers milieux et sur les milieux de Löffler en particulier permet d'affirmer leur nature paratyphoïde B. Les colonies poussées sur Endo avaient toutes le même aspect et, malgré que plusieurs aient été examinées, aucune n'a présenté les caractères du bacille d'Eberth. Il s'agissait donc de paratyphus B. bien authentique et non d'un cas d'infection mixte. Le malade a été traité par la méthode de Brand atténuée : bains à 25° toutes les 3 heures, toutes les fois que sa température atteignait 39° ; ainsi que l'indique sa courbe, dont les températures vespérales sont constituées par les maxima observés entre midi et minuit et les températures du matin par les minima observés entre minuit et midi, sa fièvre paratyphoïde eut une évolution plutôt bénigne et céda très rapidement à la balnéation froide. Les ulcérations disparurent vers le 15 septembre et la laryngite ne leur survécut que quelques jours.



Le tracé plein représente la température, le tracé pointillé le nombre de pulsations cardiaques.

Observation II. — L'infirmier L., employé dans les salles des typhoïdiques, a depuis la fin d'août un service chargé, en raison du nombre élevé de bains qu'il est obligé de donner ; il est du reste d'une constitution très vigoureuse et ne présente rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Le 7 septembre, il se plaint d'avoir vomi, d'avoir une diarrhée très abondante (6 selles aqueuses et fétides dans l'après-midi), de souffrir de la tête. Sa température est alors de 38°9. La rate n'est pas perceptible à la palpation, la langue est très bonne, nullement saburrale et restera telle que pendant toute la durée de la maladie. Le 8 au matin, la température est à 38°6, elle s'élève à 39°2 le soir, une ponction veineuse est pratiquée, l'ensemencement du sang et l'identification des germes, effectués suivant la technique indiquée par l'un de nous dans ce journal, permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un cas de paratyphus B. L'évolution immédiate ne présente rien de particulier à signaler, les manifestations du côté de l'appareil respiratoire sont nulles ou à peu près; en revanche pendant 4 ou 5 jours le malade a des vomissements fréquents et une diarrhée abondante et fétide, ces deux symptômes disparaissent à partir du 13 et la courbe de température descend lentement en lysis, en même temps que l'état général s'améliore. L. a été traité par les bains froids dans les mêmes conditions que R.



Le tracé plein représente la température, le tracé pointillé le nombre des pulsations cardiaques.

Parti après guérison, en congé de convalescence de deux mois, il jouit pendant cette période d'un état de santé satisfaisant, il rentre à la fin de décembre et reprend son service d'infirmier.

Il commence alors à s'apercevoir que les travaux nécessitant une activité physique un peu grande lui sont pénibles, il s'essouffle quand il monte les escaliers et ressent des douleurs dans son côté gauche. Il se décide à se présenter à la visite et entre à l'hôpital le 9 mars pour troubles fonctionnels du cœur. Le pouls est à ce moment fréquent même au repos, il atteint 110 à la minute et, à part quelques râles de bronchite des grosses bronches, nous ne trouvons aucune cause pour expliquer cette accélération cardiaque, il semble même exister un peu d'arythmie, mais si l'on y prête attention, on constate qu'il s'agit en réalité d'un ralentissement des battements du cœur pendant l'expiration, il s'agit donc d'arythmie respiratoire. Au surplus, le repos paraît exercer une heureuse influence puisqu'il détermine la disparition des troubles fonctionnels : les douleurs siégeant dans la région du mamelon gauche s'atténuent, le pouls revient à 80 environ, l'arythmie respiratoire disparaît. Il persiste néanmoins des signes d'insuffisance fonctionnelle qui resteront tels pendant tout le séjour du malade à l'hôpital, ainsi que le prouvent les résultats, ci-dessous indiqués, d'un examen pratiqué à la fin d'avril, quelques jours avant la sortie du malade.

Nous avons dit qu'au repos les troubles subjectifs n'existaient plus. Le nombre des pulsations était :

Dans la position couchée, de 75 à la minute ;
Dans la position assise, de 80 à la minute ;
Dans la position debout, de 81 à la minute.

Le travail augmente très notablement le nombre des pulsations cardiaques et après vingt flexions sur les genoux, celui-ci passe de 80 à 144. L'accélération du cœur, sous l'influence du travail, est un fait physiologique, ce qui ne l'est pas, c'est la lenteur extrême avec laquelle le pouls revient à la normale ; après une 1/2 heure d'observation il est en effet encore à 94, le chiffre s'en est abaissé rapidement à 100 mais à partir de ce moment il n'est descendu qu'avec une extrême lenteur. D'autre part, l'exercice physique provoque très rapidement de l'essoufflement, il suffit de faire monter à une allure modérée un étage au malade pour qu'il présente une dyspnée notable ; dans le cas de l'expérience relatée ci-dessus, le nombre des respirations ne s'abaisse que proportionnellement au pouls et il reste encore au-dessus de l'état normal au bout d'une demi-heure d'observation. Chez un individu sain, à cœur suffisant, un travail modéré augmente la pression artérielle, or chez notre malade la pression, qui était de 15 1/2 au sphygmomanomètre de Potain passe à 14 après vingt flexions sur les genoux. Nous avons également pratiqué chez lui l'épreuve de Katzenstein. On sait que celle ci consiste à comprimer les artères fémorales sur l'éminence iliopectinée, on exclut ainsi de la circulation artérielle les deux membres inférieurs et cette exclusion se traduit pour le cœur par un excès de travail : s'il est normal, la pression augmente et le nombre des pulsations reste sensiblement ce qu'il était avant ; s'il est insuffisant, on note, au contraire, un abaissement de la pression artérielle et une augmentation des battements du cœur, c'est ce qui s'est réalisé chez notre malade. Avant l'épreuve de Katzenstein, la pression évaluée au sphygmomanomètre de Potain était de 15 1/2 le nombre des pulsations de 80 ; après, la pression est descendue à 13 1/2, le nombre des pulsations s'est au contraire élevé à 93. Il existe donc un ensemble de signes soit objectifs, soit subjectifs qui nous permettent de conclure chez L., à une insuffisance fonctionnelle du myocarde. L'examen du cœur suivant la méthode classique nous révèle les faits suivants : la pointe bat dans le Ve espace intercostal, à un travers de doigt en dessous et en dehors du mamelon. A la percussion on note un augmentation de la surface de la matité relative : 116 cm² et la radioscopie donne des résultats concordants. Les bruits sont un peu sourds et nous avons vu qu'au moment de l'entrée à l'hôpital du malade, il existait de l'arythmie respiratoire. Il n'existe pas de souffle, ni organique, ni inorganique.

Lorsque l'on se reporte aux descriptions cliniques qui ont été données du paratyphus B, on en dégage deux formes bien distinctes. La première est la forme de gastro-entérite aiguë, de choléra nostras. La deuxième est la forme à allure typhoïdique.

La première est souvent méconnue. Elle est caractérisée essentiellement par des vomissements, fréquemment incoercibles, de la diarrhée et des manifestations chlolériformes. Presque toujours, on l'observe à la suite d'intoxications alimentaires, mais elle peut également exister à l'état de cas isolés, et même lorsqu'elle sévit sur un nombre élevé d'individus, à l'état épidémique, elle n'est point toujours due à l'ingestion de produits alimentaires contaminés, mais la contagion peut jouer un rôle dans sa propagation : l'épidémie observée par Hetsch dans le cercle de Kotbus en 1905 en est une preuve. Il y eut dans cette région, au cours de l'automne, de nombreux malades présentant des symptômes chlolériformes : vomissements, selles riziformes, etc. L'affection évoluait comme une maladie épidémique, se propageant par contagion, elle était grave, occasionnant un nombre assez élevé de décès. Les autorités, tenues en souci par la menace du choléra, étaient vivement préoccupées par cet épisode et il ne leur fut certes pas indifférent que Hetsch montrât que le paratyphus B en était la cause Il est à remarquer d'ailleurs qu'à peu près à la même époque, à Berlin, Kutscher et Mühlens isolaient le paratyphus B des selles de malades qui avaient présenté des symptômes suspects de choléra. Le type à forme de gastro-entérite peut donc se rencontrer à l'état d'atteintes isolées, à l'état épidémique, les atteintes pouvant être massives et reconnaître alors une origine alimentaire, ou échelonnées lorsque l'affection se propage par contagion. Il est dans toutes ces manifestations, notamment en cas d'épidémie de choléra, extrêmement important de définir bactériologiquement l'étiologie de la maladie. Le problème du diagnostic n'est point le seul que soulève cet aspect particulier du paratyphus, on l'observe surtout à la suite des intoxications par les viandes et dans ces cas les manifestations morbides apparaissent en majorité quelques heures après l'ingestion du produit contaminé, alors que dans la forme typhoïde, sur laquelle nous reviendrons ci-dessous, l'incubation comporte à peu près la même durée que celle de la dothiénentérie. Trautmann a essayé d'expliquer cette anomalie d'une façon tout à fait ingénieuse. Si, après les intoxications alimentaires, l'affection débute rapidement, offre un caractère particulièrement violent, très dramatique, c'est que le bacille paratyphique a le plus souvent évolué déjà dans le corps de l'animal qui a fourni la viande incriminée, il est très abondant dans cette viande, y a déjà produit des toxines, aussi n'est-il pas étonnant que l'homme qui l'ingère introduisant dans son organisme des microbes et des poisons en quantité, soit pris d'accidents presqu'immédiats et à grands fracas. Dans les cas qui naissent de la contagion, au contraire, ou de l'ingestion d'une eau contaminée, l'incubation et l'évolution de la maladie se rapprochent beaucoup de celles de la fièvre typhoïde. Aussi bien le nombre des germes ingérés est minime, les toxines ou endotoxines n'existent pour ainsi dire pas, il faut que les microbes augmentent de nombre pour infecter l'organisme. Ils ne l'imprègnent que lentement et progressivement des produits toxiques qu'ils mettent en liberté et un syndrome typhoïdique se développe. Cette conception explique parfaitement les accidents aigus des intoxications alimentaires, elle permet de comprendre pourquoi, au cours d'une même épidémie, on observe des cas de gastro-entérite aiguë à côté de complexus pathologiques, présentant les caractères de la fièvre typhoïde, elle est donc très ingénieuse ; malheureusement, outre qu'elle manque de bases bactériologiques précises, on peut encore lui objecter l'évolution de l'épidémie du cercle de Kotbus, qui se manifesta surtout par des cas de gastroentérite, malgré qu'un grand nombre d'entre eux fussent attribuables à la conta-

gion. En réalité, quoique l'espèce appelée paratyphus B soit bien définie de par ses caractères culturaux et biologiques, il n'en reste pas moins évident qu'au point de vue de son pouvoir pathogène, bien des obscurités persistent encore ; nous savons que les bacilles typhi murium, une partie des microbes qui ont été classés parmi les B. enteriditis de Gaertner, le bacille regardé jadis comme la cause du Hog-choléra, etc., constituent des espèces microbiennes qui ne diffèrent que par leur pouvoir pathogène ; même parmi les germes qui sont pathogènes pour l'homme, en est-il dont l'influence sur l'organisme donne lieu à des manifestations morbides variées. Les recherches récentes de Hübener, de Rimpau, nous ont montré que, contrairement au bacille typhique, le paratyphus B pouvait se rencontrer dans les milieux extérieurs, que celui-ci était beaucoup plus adapté à une vie saprophytique que celui-là. Nous commençons donc à saisir les divers modes de vie du paratyphus, vie en dehors d'un organisme, vie saprophytique dans un organisme, agent de gastro-entérite aiguë ou choléra nostras, agent de certaines infections typhoïdiques.

La deuxième forme de paratyphus B peut revêtir chez l'homme l'allure clinique d'une dothiénentérie. Elle peut la simuler au point même que certains auteurs se refusent à lui attribuer une autonomie parmi les infections typhoïdiques. Il s'agit là d'une opinion dangereuse, car le paratyphus différant par son étiologie de l'infection éberthienne, le mélange des malades pourrait avoir des conséquences désastreuses. Au reste, si les ressemblances avec la fièvre typhoïde sont nombreuses, les différences ne manquent pas non plus. Tout d'abord, d'une façon générale, la gravité est beaucoup moindre et nous n'en citerons pour preuve que la rareté des autopsies de paratyphus B authentique (Longcope, Sion et Negel, Lucksch, Tuttele, Vagedes, Brion et Kayser, Lecount et Kirby, Rolly, Trautmann, V. Drigalski, Hetsch, Kutscher). La forme d'embarras gastrique fébrile est aussi assez souvent observée et on en rapproche les cas qui évoluent comme une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le début n'est pas non plus le même que dans la dothiénentérie. Dans celle-ci, l'affection subit un développement progressif, la température monte lentement et n'atteint pas d'emblée son fastigium. Dans une bonne moitié des cas, au contraire, de paratyphus, la maladie a un début brusque, certaines observations relatent même une entrée en scène analogue à celle de la pneumonie : par un grand frisson. Les vomissements ne sont pas rares et peuvent persister pendant plusieurs jours, or on sait que chez l'adulte c'est là un symptôme qui est relativement peu fréquent au début de la dothiénentérie. La diarrhée s'établit dès l'invasion de la maladie, alors que dans la dothiénentérie on observe souvent, au moins dans les premiers jours, de la constipation. Il semble que la diarrhée et les vomissements de la période d'invasion marquent les relations qui unissent la forme typhoïdique à la forme qui revêt l'aspect d'une gastro-entérite aiguë. Au surplus, la diarrhée est une diarrhée presque toujours fétide. L'herpès labial n'est pas rare dans le paratyphus B. La température est moins régulière que dans la dothiénentérie, c'est là une donnée admise par la plupart des auteurs (Conradi, Drigalski et Jürgens, Lentz) contredite par Fischer, par Mitenzwei. La rate n'est pas, d'une façon générale, aussi hypertrophiée que dans la fièvre typhoïde, et avec Lentz la plupart des cliniciens admettent qu'elle est plutôt petite et dure. Les manifestations du côté de l'appareil respiratoire sont habituellement peu intenses, on peut bien observer de la bronchite, mais celle-ci n'est qu'un épiphénomène et ne se complique que très rarement de congestion pulmonaire. Les urines contiennent le plus souvent de l'albumine, comme dans la fièvre typhoïde ; Bingel a observé une véritable néphrite hémorragique, donnant absolument l'aspect clinique du néphro-typhus. Dans le plus grand nombre des cas, il existe une sorte de dissociation entre le pouls et la température, la fréquence des battements du cœur reste relativement modérée. En définitive et quelques points de détail mis à part, le paratyphus B évolue donc, dans toute une catégorie de cas, comme une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, ce n'est point à dire que les malades soient certainement à l'abri de toute complication et Bingel a précisément consacré récemment une étude aux manifestations anormales du paratyphus : c'est ainsi qu'il rapporte un cas d'encéphalite aiguë attribuable à l'infection paratyphoïde, il a noté également une complication d'abcès du poumon, le paratyphus B put être isolé en partant de l'expectoration du malade, enfin il a noté des phlébites du côté des veines des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

En somme, si nous récapitulons les diverses données que nous avons exposées, nous conclurons qu'il existe toute une catégorie d'affections à manifestations gastro-intestinales prédominantes, qui relèvent étiologiquement du paratyphus B. Ces affections revêtent deux formes cliniques bien tranchées dans les cas extrêmes : la forme de gastro-entérite aiguë d'une part et la forme de fièvre typhoïde d'intensité moyenne ou de typhoïdette d'autre part. Il existe entre ces deux formes des cas de transition et il n'est pas rare que le début de la forme typhoïde soit marqué par des vomissements tenaces, une diarrhée fétide qui rappelle la gastro-entérite aiguë. Dans tous les cas on peut observer les complications que l'on rencontre dans le cours ou le décours des maladies infectieuses.

Les deux observations que nous avons rapportées au début de ce travail appartiennent au paratyphus, puisque l'hémoculture a décelé dans le sang des malades le paratyphus B ; au point de vue clinique, elles présentent aussi des caractères qui peuvent être rapportés à cette affection. C'est ainsi que la courbe du premier malade est une courbe moins régulière que celle de la dothiénentérie, la diarrhée qu'il a eue a été une diarrhée fébrile ; cependant comme dans la dothiénentérie nous avons constaté une rate hypertrophiée et molle. Comme dans la dothiénentérie, nous avons constaté des ulcérations du pharynx, il s'agit là d'une manifestation importante, sur laquelle il n'est pas inutile d'insister, les ulcérations sont en effet, d'une façon générale, considérées comme ayant une grande valeur dans le diagnostic de la fièvre typhoïde, et malgré que les publications de Sacquépée et Chevrel, de Blum, etc., aient prouvé leur existence dans le paratyphus B, il nous a paru bon de rapporter un nouveau fait confirmatif. Dans la même observation nous notons une complication laryngée, il serait tout à fait inexact de prononcer à son propos le terme de laryngo-typhus, puisque même à l'examen laryngoscopique, il n'a été constaté ni ulcération, ni nécrose ; néanmoins nous avons noté une extinction de voix presqu'absolue qui a duré plusieurs jours, de la douleur à la déglutition, de la douleur à la pression du larynx, de la rougeur et de la tuméfaction de la muqueuse. Il s'est agi en somme d'une laryngite catarrhale simple, que l'on rencontre fréquemment dans le cours de la fièvre typhoïde, parfois comme dans notre cas, à son début.

Notre second malade a présenté la courbe d'une fièvre typhoïde bénigne et nous n'y trouvons pas les quelques irrégularités thermiques observées dans notre première

observation. Certains faits cependant devaient attirer l'attention et engager à rechercher le paratyphus, ce sont les vomissements répétés du début, la diarrhée fétide, la brièveté de la période d'invasion, l'absence d'hypertrophie appréciable de la rate. Néanmoins, il faut bien reconnaître que, sans l'hémoculture, le diagnostic exact n'eût point été posé, les caractères différentiels permettant de soustraire le cas de notre malade au cadre de la dothiénentérie étant vraiment par trop peu importants. En revanche ce qui nous a paru particulièrement intéressant dans le cas de L. ce sont les séquelles de sa maladie. Il paraissait absolument guéri à sa sortie, son pouls était revenu à une fréquence normale et quelques mois après, en mars 1910, nous constations des signes nous permettant de diagnostiquer chez lui une insuffisance fonctionnelle du myocarde. Or, si l'on connaît bien l'influence du poison typhique sur le myocarde, l'on connaît d'autre part expérimentalement les dégâts que cause, dans les muscles des oiseaux en particulier, l'injection du paratyphus B. Raisonnant par analogie, on a dit que le pouvoir nocif du paratyphus à l'égard de l'appareil cardio-vasculaire était le même que celui du bacille d'Eberth, mais les observations cliniques le démontrant ne sont point très nombreuses et c'est pour cette raison que nous avons relaté la nôtre.

Nos deux observations appartiennent donc à ce groupe d'infections paratyphoïdes dont les rapports avec l'infection éberthienne sont au point de vue clinique extrêmement étroits. Il n'est pas jusqu'aux complications éloignées du côté de l'appareil circulatoire qui ne puissent en une certaine manière se superposer et si l'on ne tient compte que des données de la clinique, il est impossible de séparer les deux maladies. Nous pensons néanmoins qu'elles doivent être distinguées en raison de l'intérêt épidémiologique qui s'attache à leur distinction, en raison des caractères culturaux et biologiques qui séparent les germes qui les causent. La similitude des symptômes s'explique d'ailleurs par la parenté des microbes qui en constituent l'étiologie; ils appartiennent en effet au groupe coli-Eberth dont l'influence pathogène sur le tube digestif en particulier est bien connue et si la diversité des modalités cliniques qui résultent de la pénétration du paratyphus B dans le sang et secondairement dans l'intestin, n'a pu être encore expliquée, ce n'est point une raison pour rejeter ce qui est acquis d'une façon ferme, à savoir : la spécificité des infections paratyphoïdes.

La presbyophrénie de Wernicke ;

Par G. HALBERSTADT, médecin-adjoint des Asiles d'aliénés.

Parmi les troubles mentaux de la vieillesse, il est d'usage de décrire, depuis quelques années, un syndrome spécial, isolé pour la première fois par Wernicke, et qu'on désigne sous le nom de presbyophrénie. Ses principaux signes sont les suivants : amnésie d'acquisition, désorientation et confabulation, avec une intégrité relative du jugement. Ce syndrome, qui n'a encore retenu que l'attention des spécialistes, mérite cependant d'être connu des praticiens, tant à cause de ses rapports avec la pathologie générale qu'en raison des particularités de son évolution.

Sans vouloir faire ici un historique détaillé, disons que depuis Wernicke et surtout Kraepelin, dont le traité donne une description particulièrement précise des troubles psychiques, ce fut Dupré qui orienta la question dans une voie nouvelle, en montrant l'intérêt qu'il y avait à étudier soigneusement l'étiologie de chaque cas de presbyophrénie. Quant à l'anatomie pathologique, il faut mentionner, en première ligne, les recherches de O. Fischer.

Un exemple clinique, tiré de notre pratique personnelle, permettra de faire comprendre les principales manifestations psychopathiques.

Mme V...., veuve H..., âgée de 75 ans, entre à l'asile de Saint-Venant le 2 juillet 1908. Nous ne relevons aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Comme A. P., mentionnons le zona, dont la malade fut atteinte en 1896.

Le début de l'affection actuelle remonte à la première moitié de 1907. A cette époque V... perdit, en peu de temps, son mari et ses trois enfants, et commença bientôt après à présenter des troubles graves de la mémoire. Concurremment avec les troubles psychiques, apparurent des symptômes physiques caractérisés par des vertiges et des troubles de la marche. Ces vertiges ont amené une fois une chute sur le sol, mais jamais il n'y a eu de perte de connaissance. La difficulté de marcher était très réelle, due à une faiblesse des membres inférieurs. Ces signes ont duré environ trois mois. Signalons que V... exerçait, au moment de tomber malade, la profession de cabaretière, mais rien ne permet de rattacher ces troubles moteurs et ces vertiges à l'éthylisme. A cette époque, la malade a gardé pendant assez longtemps le lit.

L'affection mentale ne s'amendant pas et les soins à domicile étant devenus impossibles, V.... est internée. Depuis son entrée dans le service et jusqu'à l'heure actuelle (mai 1910), le tableau morbide est resté sensiblement le même.

V.... est une femme assez robuste pour son âge, ne présentant aucun signe physique, sauf un degré assez accentué d'artériosclérose. Les réflexes patellaires sont normaux, les troubles moteurs et sensitifs sont nuls, il y a une faiblesse de la vue, mais qui n'est pas d'origine nerveuse. Il n'y a que des troubles psychiques, ressortissant à la presbyophrénie et que nous passerons rapidement en revue.

1° Amnésie d'acquisition. Sa mémoire est absolument incapable de fixer quoi que ce soit. Ignorant tout de sa situation, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, elle est incapable de se rappeler ce qu'on vient de lui dire. Elle ne sait pas que son mari et ses enfants sont morts, et si on le lui dit, elle l'oublie aussitôt après. De même elle oublie les renseignements qu'on lui donne sur sa situation actuelle, sur son âge, etc. Il ne subsiste chez elle aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis quelques années.

2° Désorientation. Elle est totale, affectant le temps et le lieu. Elle se dit âgée tantôt de 72 ans, tantôt de 86, croit qu'elle est à l'asile depuis 6 ans. Une autre fois, oubliant les réponses précédentes, V.... en donnera de tout à fait contradictoires, variant de conviction d'un moment à l'autre. Au moment du repas, se croit dans une brasserie ; pendant la visite, voyant le médecin interroger les malades, s'imagine être en classe. Elle ignore le jour, le mois et l'année courante ; il serait, du reste, inutile de les lui faire retenir.

3° Confabulation. La malade tend à combler les immenses lacunes de sa mémoire en forgeant des récits imaginaires et en répondant toujours, sans aucune hésitation, aux questions qu'on lui pose. Un exemple entre plusieurs fera comprendre ce signe. Interrogée sur ses enfants (qui tous les trois sont morts), elle répond, sans réfléchir, qu'elle en a cinq, tous vivants et que l'aîné est un gendarme retraité, âgé actuellement de 67 ans, qu'elle connaît très bien leurs noms et qu'elle peut les dire. Notons qu'il ne

s'agit pas d'idées délirantes. Invitée à répondre à des questions, la malade supplée à l'exposé de la vérité par un récit inventé de toutes pièces, mais variable d'un moment à l'autre, ne se basant sur aucune hallucination, n'ayant pas davantage pour base l'interprétation délirante de la réalité.

A côté de ces troubles amnésiques si saillants, il est curieux de constater que les acquisitions anciennes persistent assez bien et que le jugement est peu troublé. Elle possède les notions courantes de géographie et d'histoire propres à sa situation sociale, connaît les prix des objets usuels, a des notions d'arithmétique en rapport avec l'instruction rudimentaire reçue autrefois, et calcule sans trop de fautes et assez vite. Pourvu qu'il ne s'agisse pas de faits récents, elle rectifie immédiatement les propositions absurdes que, en manière de tests, on émet devant elle. La sensibilité morale n'est nullement atteinte : elle est sensible à une parole offensante et se tient d'une manière parfaitement décente. Ajoutons que nous n'avons jamais constaté de périodes d'agitation et que le sommeil est parfaitement calme et régulier. V. est quelquefois triste et nous l'avons vue pleurer plusieurs fois, mais c'est à cause, dit-elle, du déclin de ses facultés intellectuelles, dont elle a vaguement conscience.

L'observation qui précède et que nous avons cru pouvoir rapporter comme un cas typique de presbyophrénie, montre bien la perturbation profonde de la mémoire et le contraste frappant qu'il y a entre ce symptôme et l'intégrité, quelquefois d'ailleurs bien *relative*, du jugement. La physionomie clinique de cette affection est si tranchée que le diagnostic en sera aisé, même pour un médecin non spécialisé dans l'étude des maladies mentales. Une seule maladie présente les mêmes signes : c'est la psychose de Korsakoff. Ici les troubles psychiques sont les mêmes, à quelques nuances près, dont la valeur a été, au surplus, mise en doute par des observateurs tels que : Ballet, Dupré, Chaslin, etc. Mais il s'y ajoute la polynévrite, constante dans la maladie de Korsakoff. Pour Dupré, d'ailleurs, la polynévrite existe également dans la presbyophrénie, qui ainsi ne se différencierait par aucun signe essentiel de la psychose de Korsakoff : il s'agirait, dans l'un comme dans l'autre cas, d'une psychopolynévrite.

Ceci nous amène à parler des conditions étiologiques de la presbyophrénie. Jusqu'à ces derniers temps, on la rattachait simplement aux modifications séniles du cortex. Dupré, au contraire, pense qu'il s'agit d'une « atteinte bipolaire du système nerveux par une infection ou une intoxication d'origine externe ou interne ». A l'aide d'observations probantes, publiées en collaboration avec Charpentier, cet auteur démontre l'importance des troubles moteurs qui n'existant souvent qu'au début de la maladie, ne sont pas appréciés, de ce fait, à leur juste valeur. Cette opinion est-elle exacte ? Nous pensons qu'elle l'est pour un grand nombre de cas, mais non pas pour tous, sans exception aucune. C'est ainsi que chez notre malade, les troubles de la marche et les vertiges qui ont existé en 1907 peuvent être aussi bien attribués à l'artériosclérose qu'à la polynévrite. En tout cas, le fait même de leur existence est déjà intéressant en soi, car il montre, une fois de plus, la fréquence, ignorée avant les recherches de Dupré, des troubles moteurs au début de la presbyophrénie.

L'anatomie pathologique commence à peine à être connue. Il nous paraît sans intérêt d'exposer ici ce côté de la question. Nous avons essayé de résumer les principaux résultats acquis dans un travail publié en 1909, en collaboration avec le Dr Nouët.

Quelle est l'évolution de la presbyophrénie ? Contrairement à ce qu'on pourrait penser, elle ne tend pas toujours vers la chronicité. Le pronostic est donc variable, il ne s'agit quelquefois, en effet, que d'un état passager, et il importe de connaître ce mode d'évolution, d'ailleurs rare, pour ne pas attribuer aux troubles énormes de la mémoire une valeur plus grande qu'ils n'ont en réalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beaussart. — *Archives de Neurologie*, février 1910.
2. Benon. — Troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques internés. Thèse de Paris, 1905. V. une observation de presbyophrénie, à la page 101.
3. Chartier. — Un cas de psychose polynévritique chez un alcoolique de 63 ans. Soc. de Psychiatrie, avril 1909.
4. Deny et Camus.— Démence polynévritique. Soc. de Psychiatrie de Paris, mai 1909.
5. Dupré et Charpentier. — Des psychopolynévrites chroniques. *Encéphale*, 1908, I, p. 289.
6. Dupré et Charpentier. — Psychopolynévrites chroniques et démence. *Encéphale*, 1909, I, p. 143.
7. O. Fischer. — *Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie*, 1907, T. XXII, p. 361.
8. O. Fischer. — *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1908, p. 500.
9. Kraepelin. — Psychiatrie, 7e éd., T. II, 1904, p. 482.
10. Kraepelin. — Introduction à la psychiatrie clinique. Ed. française de Devaux et Merklen. Préface de Dupré, 1907, p. 290.
11. Nouet et Halberstadt. — La presbyophrénie de Wernicke. *Encéphale*, 1909, I, p. 331.
12. Redlich. — *Jahrbucher. f. Psychiatrie und Neurologie*, T. XVII.
13. Régis. — Précis de Psychiatrie, 4e éd., 1909, p. 505.
14. Rogues de Fursac. — Manuel de Psychiatrie, 1909, p. 270.
15. Rose et Benon. — Psychose polynévritique chronique ou presbyophrénie ? Société de Psychiatrie, novembre 1909.
16. Rose et Benon. — Un cas de presbyophrénie. Soc. de Psychiatrie, février 1910.
17. Sarteschi. — All'istologia patologica della presbiofrenia. *Riv. sperim. de. freniatria*. XXXV, f. 2, 3, 4, 1909, p. 464.
18. Wernicke. Grundriss der Psychiatrie, 1900, Theil III.
19. Wernicke. — Traité, 2e éd. 1906, p. 290.
20. Wollenberg. — Lehrbuch der Psychiatrie, par Binswanger et Siemerling. 2e éd., 1907, p. 361.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours d'agrégation de médecine de 1910

« Le concours n'aura pas lieu, nous ne voulons pas qu'il ait lieu », clamaient, il y a deux mois, les protestataires, avant l'ouverture des portes et, pendant la première séance, entre deux tomates.

Le concours vient pourtant de se terminer sans encombre et les nominations sont confirmées à la signature de M. le Ministre de l'Instruction publique.

Il a suffi de 50 francs d'amende à un des dirigeants, de quinze jours de prison à un employé de commerce et six à un étudiant en médecine, pour que l'effervescence fût calmée. Après quelques manifestations oratoires comiques intermittentes, qui montraient que l'incendie s'éteignait par degrés, l'un des dirigeants du parti vint, du haut de la chaire magistrale, écrasant les derniers tisons, se prosterner et demander pardon aux « maîtres vénérés » qui présidaient en cette enceinte.

Ce fut un geste ! aurait dit un autre... révolutionnaire, qui a épousé depuis la fille d'un général.

Il est certain qu'une telle incohérence n'a pas profité aux protestataires. Ils se sont montrés incapables de briser un organisme d'une si grande délicatesse qu'il suffisait d'un quart d'heure de décision pour y parvenir ; ils ne l'ont pu, faute de s'être suffisamment enquis des con-

ditions du concours. Quel dédain n'ont-ils pas éveillé dans le cœur de leur maître Pataud ! De quoi sont-ils capables ? Depuis qu'ils s'agitent, ils troublent tout et ne clarifient rien. Il semble que les réformes, s'il s'en fait, auront lieu en dehors de leurs idées et sans eux.

Si l'attitude des occupants des gradins fut incohérente, on peut dire sans crainte d'être contredit, que celle des occupants de la table verte fut particulièrement cohérente. Ils ont voulu que le concours ait lieu et il a eu lieu !

Aux protestataires, ils opposèrent une résistance de soldat russe. On a essayé de les intimider ; ils sont restés calmes sous la tempête. On a prétendu changer leurs habitudes : ils les ont gardées. On les a empêché de parler, ils ont écrit. On les a accablés d'injures ; ils se sont décerné des couronnes. On leur demandait de nommer sur des épreuves : ils ont nommé sur des sympathies.

Aux candidats, ils distribuèrent des promesses : « Présentez-vous, mon ami, nous sommes très bien disposés pour vous. Nous ne demandons qu'à vous nommer ! Ne faites pas de pataquès et votre affaire est dans le sac ! »... Et le lendemain le candidat était.. dans le lac ! Une nombreuse phalange accompagna ainsi, jusqu'à la fin du concours, la cohorte mystérieuse des candidats favoris. Tous n'ont pas eu, comme moi, la chance d'être brisés au premier tour; ils ont dû, pour l'honneur des autres, cavalcader pendant des semaines dans les amphithéâtres ou les hôpitaux, entre des microscopes et des lits d'ægrotants.

Et quand leurs yeux inquiets lurent la liste des élus, s'y virent des noms qui n'étaient pas les leurs.

Le jury avait eu l'esprit de suite.

Et cela fera peut-être beaucoup plus pour la réforme que tout le reste.

G. MILIAN.

MÉDECINE PRATIQUE

Compresseur brachial pour saignées et injections intra-veineuses.

Nous avons été frappés souvent de la difficulté que l'on éprouve à faire les diverses injections veineuses et les saignées.

La compression est généralement réalisée à l'aide d'une bande de toile que l'on noue à la partie inférieure du bras au-dessus du pli du coude. Il est difficile de réaliser à l'aide de ce lien le degré de serrage strictement nécessaire, d'où des tâtonnements qui entraînent une certaine perte de temps.

Ce n'est rien encore dans les saignées où la levée de l'obstacle ne s'effectue que lorsque la petite intervention est terminée.

L'inconvénient est au contraire extrême quand, après avoir pénétré dans la veine, on a besoin de rétablir le cours de la circulation pour injecter un liquide, solution de mercure ou d'argent.

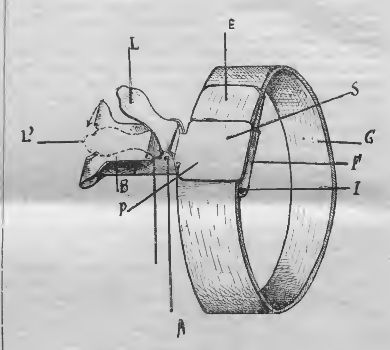
Les mouvements nécessités entraînent fréquemment la transfixion de la veine ou l'issue de l'aiguille, et dans les deux cas, il y a formation immédiate d'un petit hématome qui compromet le succès de l'opération, d'autant plus que la constitution anatomique du sujet ne permet pas toujours d'avoir recours à un autre vaisseau.

Le petit appareil extrêmement simple que nous avons fait construire par Collin nous paraît remédier d'une façon à peu près complète à ces inconvénients.

Il se compose d'un bracelet G en caoutchouc rouge large d'environ 3 cm. et que l'on serre à volonté à l'aide d'une pince P à peu près analogue à celle que l'on emploie pour arrêter le cours du liquide dans les tubes de caoutchouc.

Cette pince est ici plus forte et le levier L qui la ferme a été allongé pour que l'opérateur puisse facilement le lever d'un doigt au moment de pousser son injection.

L'ouverture de la pince libère le bracelet et la compression cesse de ce fait.



COMPRESSEUR BRACHIAL

G. Lien en caoutchouc ; F, extrémité fixe de ce lien ; E. Extrémité libre de ce lien.
P. Pince destinée à fixer ce lien.
S. Mors supérieur de la pince ; I. mors inférieur de la pince.
L. Levier tournant autour de l'axe A et qui, par son extrémité inférieure et coudée (la lettre en a été oubliée par le graveur qui n'a fait que le conducteur) viendra comprimer le mors supérieur de la pince.
L' Position du levier dans laquelle cette compression sera effectuée.

L'extrême simplicité de cet appareil en fait véritablement un instrument de pratique courante. Au reste, nous n'avons nullement la prétention de signaler ici une découverte, mais plus modestement le désir de faciliter à nos confrères une manœuvre qui offre parfois quelque difficulté.

G. SAUPHAR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1910.

De la pyélotomie pour l'ablation des calculs du rein. — M. *Bazy* estime qu'on peut faire l'ablation de la plupart des calculs du rein par la pyélotomie, c'est à-dire par l'incision du bassinet seul, sans intéresser le parenchyme du rein, sans troubler en quoi que ce soit le fonctionnement de l'organe.

Il est donc inutile, dans la majorité des cas, de faire subir, au préalable, aux sujets qu'on devra opérer, des interventions exploratrices destinées à établir la valeur fonctionnelle du rein, interventions souvent pénibles et même dangereuses.

L'opération, de longueur et de gravité minimes, convient très bien quand le rein opposé est en état de déchéance, et quand il faut, par conséquent, ménager le rein à opérer, comme c'était le cas chez deux femmes de 48 et 58 ans, fatiguées par la souffrance et la suppuration. La pyélotomie peut être employée même si le bassinet est infecté.

La radiographie pourra montrer à l'avance si on peut faire la pyélotomie ou si on doit faire la néphrotomie. La pyélotomie sera faite de façon précoce ; le bassinet sera abordé de préférence par sa face postérieure.

Traitement des caries pénétrantes des dents avec mortification de la pulpe. — M. et Mme ***Filderman*** emploient en pareil cas l'aspiration et l'injection d'oxygène et de vapeurs chauffées de formol, suivies d'une injection de paraffine chauffée à environ 100 degrés. Ce procédé donne des résultats rapides.

Rapport. — M. ***Meillère*** donne lecture d'un *Rapport sur les eaux minérales.* Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet 1910.

Accidents nerveux complexes au cours d'une méningite probablement tuberculeuse. — MM. ***Lenoir*** et ***Aine*** rapportent l'observation suivante : malade entrée à l'hôpital avec le diagnostic méningite cérébro-spinale. Amendement des phénomènes, mais persistance de la céphalée, des vomissements et des troubles nerveux (paralysies craniennes et parésie des membres, surtout à gauche, troubles de la vision et de la démarche), qui semblent dus à des lésions très étendues de la région bulbo-protubérantielle et du pédoncule cérébelleux moyen, englobant les racines des VI, VII, VIIIe paires gauches et atteignant le F. Py. droit. Le diagnostic de méningite cérébro-spinale n'a jamais été nettement établi ; la syphilis ayant été éliminée, il faut admettre une tuberculose locale, qui continue à évoluer.

M. ***Dufour*** a observé un cas semblable terminé par la mort avec lésions diffuses de tuberculose au niveau du cerveau et du cervelet.

Rareté des séquelles chez les sujets guéris de méningite cérébrospinale par injections intrarachidiennes de sérum anti-méningococcique. — M. ***Netter*** a revu 63 sujets guéris de méningite cérébrospinale par injections de sérum, un an après. La grande majorité (70 %) ne présente aucun trouble. L'auteur n'a relevé que 6 fois des séquelles somatiques (surdité, diminution de la vue). L'auteur a noté des altérations psychiques chez 20 %, mais ces modifications ont disparu. La sérothérapie atténue donc la symptomatologie, diminue la mortalité et rend les séquelles très rares.

Leucémie chronique à type splénique et à gros lymphocytes. — M. ***Touraine*** rapporte cette observation : leucémie ayant débuté il y a cinq ans : rate énorme, leucocytose surtout à gros lymphocytes 56 %. Forme rare par sa localisation uniquement sur la rate, par sa chronicité à placer entre les leucémies lymphoïdes et myéloïdes.

Régime de récalcification dans les entérites et l'hyperchlorhydrie. — M. ***Lœper*** signale les déperditions calcaires énormes qui se font par l'intestin, chez les hyperchlorhydriques et les entéritiques, ce qui amène une diminution notable de la chaux du sang du tissu musculaire et du tissu nerveux. Cette diminution, vu l'importance des sels de chaux dans un grand nombre de phénomènes organiques, doit jouer un rôle dans la production des troubles nerveux et vasculaires et la déchéance organique et de l'asthénie générale. Le traitement et le régime récalcifiants s'imposent par conséquent chez ces malades.

Scléroses poly-viscérales (rein, foie surrénales et vaisseaux). — MM. ***Leplay*** et ***Sézary***. — Malade angioscléreux avec insuffisance cardio-rénale suivie d'insuffisance hépatique. Les lésions scléreuses constatées à l'autopsie paraissent relever de l'alcoolisme.

Ramollissement cérébral limité à la troisième frontale gauche sans aphasie chez un droitier. — M. ***Barré*** présente le cerveau d'un malade chez lequel M. Marie avait diagnostiqué une atrophie sénile du cervelet. A l'autopsie, ce diagnostic se vérifia, mais on trouva en outre un ramollissement très limité au pied de la 3e frontale. Or le malade n'avait jamais présenté de l'aphasie.

M. ***Barré*** a observé dans deux cas de néphrite hydropique un état particulier du cerveau auquel il propose de donner la dénomination de « gros cerveau blanc » : augmentation de poids, de densité et de volume.

Séance du 29 juillet 1910.

M. ***Poncet*** présente à la Société un travail sur les frottements et craquements sous-capsulaires, qui sont le plus souvent un syndrome de nature tuberculeuse.

Sur un cas complexe de maladie osseuse de Paget. — MM. ***Louis Rénon et Sevestre*** présentent un malade atteint de maladie osseuse de Paget chez lequel ils ont trouvé la réaction de Wassermann deux fois positive, une abondante lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, des traces de foyers de tuberculose osseuse avec cuti-réaction positive, et une évolution très lente de l'affection, quelques-unes des déformations osseuses ayant débuté dans l'enfance. L'examen radiographique a montré qu'il ne s'agissait pas de rachitisme. Les auteurs se proposent néanmoins de rechercher dans le tissu osseux le diplocoque trouvé par Arcangeli dans le rachitisme, l'ostéomalacie et la maladie de Paget.

M. ***Poncet*** croit que cette affection est certainement tuberculeuse.

M. ***Barth*** s'élève contre cet avis et contre la tendance générale qu'a M. Poncet à ramener toutes les affections dont la pathogénie est inconnue à la tuberculose.

Présentation de pièces provenant d'un malade ayant succombé à une hernie diaphragmatique par M. *Joltrain*.

Action des différents caustiques sur les plaques muqueuses syphilitiques vérifié par l'ultra-microscope. — MM. ***Jeanselme*** et ***Touraine*** ont cherché, à l'aide de l'ultra-microscope, le procédé le plus efficace pour stériliser les plaques muqueuses, qui sont l'agent de transmission le plus actif de la syphilis.

Il ressort de leurs recherches que la meilleure désinfection est obtenue soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec la teinture d'iode.

Après cautérisation au crayon de nitrate d'argent ou à la teinture d'iode tous les tréponèmes sont détruits tant à la surface que dans la profondeur, et cette action paraît se prolonger plusieurs jours.

Après cautérisation au nitrate d'argent en solution aqueuse au cinquième, seule la surface est désinfectée d'une façon satisfaisante et durable.

L'emploi de la pommade au calomel, d'onguent napolitain, en simple application et non en friction, semble n'avoir qu'une action très passagère et limitée aux couches les plus superficielles de la plaque muqueuse.

Cultures du sporotrichum récemment découvert et différenciation. — MM. ***Jeanselme*** et ***Chevalier***. — Inoculation aux rats. Sporotrichose expérimentale accidentelle par morsure de rat. Evolution et traitement par l'iodure. L'inoculation s'était faite par des macrographes contenus dans le mucus pharyngien.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1910.

Coxalgie fruste et coxa vara. — M. ***Savariaud***. — M. Kirmisson nous a fait un rapport sur un cas de coxalgie fruste présenté par M. Ombrédanne. Je n'ai pas été très convaincu par l'argumentation de cet auteur et je demeure, après la lecture de cette observation convaincu qu'il s'agissait en ce cas d'une coxa vara (v. *Progrès Méd.* du 30 juillet). L'examen de la radiographie m'y incite également, car j'y vois que le cartilage de conjugaison est encore nettement visible, ce qui est un signe d'ossification retardée en rapport avec l'hypothèse d'un rachitisme tardif. Le rachitisme tardif est le plus souvent indépendant de tout antécédent rachitique, ainsi que l'a dit M. Kirmisson lui-même.

Il n'est aucunement démontré qu'il ne se soit en ce cas agi d'une ostéite tuberculeuse, car la dermo-rétraction positive ne prouve rien en pareil cas, le sujet pouvant être tuberculeux et avoir une coxa vara.

La coxa vara n'est pas une affection si rare qu'on le dit puisqu'en 18 mois j'en ai observé 8 cas à l'hôpital Trousseau. Je

m'explique mal, avec l'hypothèse de coxalgie, l'existence d'une ankylose presque rectiligne.

Le diagnostic en l'occurence a une réelle importance à cause du traitement.

M. *Broca*. — La coxa vara n'est pas une affection tuberculeuse mais à côté des coxa vara vraies il y a des coxa vara tuberculeuses.

Si cette affection est fréquente dans le rachitisme infantile, elle est au contraire exceptionnelle comme manifestation du rachitisme tardif, chez l'adolescent.

M. *Kirmisson*. — J'ai dit moi-même que le cas de M. Ombrédanne était très discutable. Cet auteur a été poussé à en faire une coxalgie fruste par la présence de l'ankylose manifeste, d'une intra-dermo-réaction positive et d'une décalcification osseuse visible à la radiographie.

Je ne crois pas non plus à la fréquence de l'apparition de la coxa vara chez l'adolescent.

Abcès et fistules dans le cancer de l'intestin. — M. *Auvray* rapporte l'histoire d'un cas d'abcès stercoral dans lequel il n'a pu savoir s'il s'agissait d'un cancer ou d'une sigmoïdite, malgré l'opération d'abord et malgré une laparotomie ultérieure. L'ouverture de l'abcès fut en effet suivie d'une fistule et pour tarir celle-ci il pratiqua une entéro-anastomose. Celle-ci ne donna qu'un résultat imparfait. Une nouvelle laparotomie ne permit pas encore un diagnostic précis.

Une évolution lente n'est pas contraire à l'hypothèse d'un cancer ainsi que l'a dit M. Savariaud.

Au point de vue de pathogénie de ces abcès, toutes les théories peuvent se soutenir et contiennent probablement une part de vérité.

M. *Routier*. — Le diagnostic en pareil cas est en effet bien souvent difficile et même impossible. Dans un cas que j'ai vu, on pensa d'abord à une ectopie rénale, puis à un syphilome de la paroi. Moi-même je penchai plutôt vers l'hypothèse d'un cancer du côlon ascendant.

L'état général de ce malade était bon quand il fut pris d'une crise d'anurie. En même temps sa tumeur augmentait brusquement de volume et prenait tous les caractères d'une tumeur liquide. On décida une opération. Mais au moment d'y procéder je voulus sonder moi-même le malade et retirai de la vessie un litre et demi d'urine. La tumeur liquide disparut mais au-dessous restait une tumeur dure.

J'incisai dans la fosse iliaque et trouvai un petit abcès contenant une petite quantité de pus. Peu après les matières commencèrent à sortir par la plaie et quelque temps plus tard des bourgeons manifestement cancéreux apparurent.

M. *Delbet*. — Tous les cancers intestinaux peuvent donner naissance à des abcès, de même que des abcès peuvent apparaître autour d'un intestin non cancéreux. Ces abcès peuvent se rencontrer même dans les cancers de l'intestin grêle.

M. *Savariaud*. — Je crois que la pathogénie de ces abcès n'est en effet pas unique et que toutes les hypothèses émises ici peuvent se soutenir.

Traitement sanglant des fractures supra-condyliennes de l'humérus. — M. *Broca* présente un rapport sur une communication de M. Silhol (de Marseille) relative au traitement sanglant des fractures supra-condyliennes de l'humérus. M. Silhol est très partisan du traitement sanglant et il revient encore à la charge en se limitant cette fois au traitement des fractures supra-condyliennes à grand déplacement. Il a appliqué cette méthode dans un cas et a obtenu une flexion de 140°. C'est un beau résultat. Mais d'après le rapporteur ce résultat peut s'obtenir sans opération à condition d'y mettre le temps et la patience nécessaires. Cependant étant donnée la longueur du traitement en ces cas, l'opinion de M. Silhol est ici soutenable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 21 juillet 1910

Rôle du médecin dans les établissements pénitentiaires (Discussion). — M. *Cherpitel* ne croit guère à la possibilité de la moralisation individuelle des détenus, car la plupart d'entre eux sont des tarés et des incurables.

L'alcoolisme, en particulier, joue un rôle important dans la criminalité militaire. L'auteur a recherché systématiquement, parmi les détenus de la prison du Cherche-Midi, ceux qui présentaient des signes d'alcoolisme, héréditaire ou acquis. Or, sur 437 condamnés ou délinquants, il a trouvé une proportion de 15 % d'alcooliques invétérés, et de 12 % ayant des antécédents héréditaires non douteux. Sur 186 insoumis ou condamnés de droit commun, 6 % étaient alcooliques et 12 % des héréditaires.

C'est pourquoi il n'a pas beaucoup de confiance dans le relèvement moral de ces hommes, précisément parce que ce sont des débiles de volonté et que, d'autre part, si leurs habitudes néfastes ont contribué à en faire des indisciplinés, des délinquants, elles ne sont que l'expression d'un état mental expliquant la criminalité.

Aussi, plutôt que de tenter une thérapeutique moralisatrice, dont les résultats seront douteux, vaudrait-il mieux faire de la prophylaxie : dépister ces tarés, les éloigner du rang, en raison de leur déséquilibration morale. Avant tout, il serait indispensable de lutter énergiquement, plus que jamais, contre les progrès incessants de l'alcoolisme, fléau social.

Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. (Discussion). M. L. *Picqué*. — Dans un travail intérieur, M. Dejouany avait cru pouvoir conclure que le traitement de choix des luxations récidivantes de l'épaule était la capsulonaphie de Ricard. M. Picqué s'élève contre ces conclusions. Il expose que, dans sept cas observés par lui les lésions chondro-osseuses étaient telles que la résection de la tête humérale lui a paru être le seul traitement applicable. Les résultats fonctionnels, surtout chez ses derniers opérés, a été si excellent qu'ils l'ont engagé à adopter, d'une façon définitive, la résection de la tête humérale comme le traitement de choix des luxations récidivantes de l'épaule.

M. *Sieur* a vu des faits analogues à ceux que vient de relater M. Picqué ; il appuie ses conclusions.

M. *Dejouany* croit, néanmoins, que si la résection humérale est à employer dans les cas où les lésions chondro-osseuses sont prédominantes, des faits non douteux prouvent que très souvent les altérations capsulaires paraissent les seules lésions anatomiques existantes et qu'elles indiquent l'opération de Ricard comme traitement de choix.

Un cas d'anesthésie générale à la cocaïne. — M. *Lapasset* relate un fait particulièrement intéressant. Chez un soldat qu'il opérait de varicocèle, et à qui il avait injecté 4cc de solution de cocaïne à 1 p. 100 (2cc. sous la peau, 2cc. plus profondément), il a observé une anesthésie générale. Le malade s'endormit, et le sommeil dura 45 minutes, malgré absorption de café. Il ne fut constaté aucun trouble nerveux, ni pâleur de la face, ni sueurs. Rien d'anormal ne fut observé après le réveil.

M. Lapasset croit qu'il a dû injecter la cocaïne dans une veine et qu'il a déterminé, de la sorte, une anesthésie générale.

MM. *Sacquépée, Moty, Sabatier*, ne croient pas qu'il s'agisse d'une anesthésie générale due à la cocaïne, mais d'un sommeil naturel, dû à un ébranlement du système nerveux, provoqué soit par suggestion, soit par la frayeur.

Présentations.

Deux cas de hernie inguinale étranglée. — M. *Pailloz* présente deux malades qu'il a opérés et guéris. Chez l'un d'eux, il a trouvé dans le sac étranglé le cæcum et l'appendice.

Un cas de hernie inguino-interstitielle avec ectopie testiculaire. — M. *Bergasse*.

H. Billet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du vendredi 15 juillet 1910

M. le Dr **Alcide Treille** expose ses idées sur la transmission de la fièvre paludéenne par les moustiques. A l'encontre des doctrines officiellement admises, il ne croit pas à ce mode de contagion, et, logique avec lui-même, il offre de se faire piquer pour démontrer l'inanité du rôle de l'hématozoaire de Laveran dans la genèse de la fièvre paludéenne véritable.

M. le Dr **P. Barlerin** cite les cas où la méthode de Wassermann

(séro réaction de la syphilis) peut être utile au médecin praticien pour établir un diagnostic exact et instituer ensuite, à coup sûr, le traitement spécifique nécessaire.

M. le Dr **Georges Rosenthal** a pu réaliser d'une façon pratique l'opothérapie nerveuse, en faisant préparer, avec la collaboration chimique de M. Macquaire, les zymases et les lipoïdes du tissu nerveux. Il pense que l'opothérapie nerveuse trouvera surtout son application dans la cure des états de défaillance des fonctions intellectuelles psychiques ou motrices de l'axe encéphalo-médullaire.

M. le Dr **Le Filliatre** présente un modèle très pratique de capeline-bavette permettant d'opérer à l'aise, en évitant toute infection possible du champ opératoire, causée par la tête du chirurgien.

PREMIER CONGRES

De l'Association française de pédiatrie

La première réunion de l'*Association francaise de Pédiatrie* a été ouverte le vendredi 29 juillet à 9 heures du matin dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Le bureau était ainsi constitué : MM. le prof. Hutinel, président ; Barbier, secrétaire général ; J. Hallé, trésorier ; Cruchet (de Bordeaux) et Nobécourt, secrétaires de la séance.

Après le vote sur l'admission des candidats, on a décidé que la prochaine réunion aurait lieu de nouveau, l'an prochain, à Paris, dans la première quinzaine d'octobre. Toutefois, , à la demande de M. Cruchet, il a été spécifié que, conformément aux statuts, la réunion n'aurait pas lieu nécessairement tous les ans à Paris ; la ville de province qui désirera que la réunion se tienne, chez elle, devra faire une demande appuyée d'un certain nombre de médecins de cette ville.

Par acclamation, on désigne ensuite MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux) et Weill (de Lyon) comme membres provinciaux du conseil d'administration.

Le prof. Hutinel prononce alors une courte allocution dans laquelle il fait remarquer que la pédiatrie francaise a toujours été à l'avant du progrès et que, quoi qu'on en dise, elle le demeure encore ; puis on passe immédiatement à l'exposé des rapports et à leur discussion qui ont duré jusqu'au samedi 30 juillet au soir.

Les fonctions du thymus, par M. *Weill* (de Lyon). — Le thymus doit être envisagé comme un tissu lymphoïde disposé dans une formation glandulaire, dont l'épithélium, actif pendant la vie embryonnaire, ne présente plus après la naissance que des éléments atrophiés (cellules du réticulum) ou dégénérés (corpuscules de *Hassal*). Cette double origine explique comment le thymus obéit aux lois générales qui règlent à la fois les tissus lymphoïdes et glandulaires.

a) *Comme tissu lymphoïde*, le thymus montre une susceptibilité très grande vis-à-vis des processus toxi-infectieux, ou de conditions accidentelles, inanition, fatigue, digestion, qui agissent sur les autres tissus lymphoïdes et sur les leucocytes du sang. Les lymphocytes thymiques sont d'une mobilité extrême, abandonnent l'organe ou se détruisent très facilement pour réapparaître avec la même aisance.

Cliniquement, l'hypertrophie du thymus s'associe habituellement à une hypertrophie simultanée des autres tissus lymphoïdes, ganglions, rate, amygdales, follicules, etc., etc., de façon à constituer l'état lymphatique de *Paltauf*, qui semble indiquer une réaction commune de tous les organes lymphatiques vis-à-vis d'une cause générale toxi-infectieuse.

b) *Considéré comme organe glandulaire*, le thymus ne présente dans sa constitution aucune substance à action spécifique définie, telle que l'adrénaline ou la thyroïdine. Il est riche en nucléinates et semble jouer un rôle important dans la formation des corps puriques. On a essayé d'établir son rôle dans l'hématopoïèse, la pression sanguine, les fonctions nerveuses, les échanges organiques, les réactions défensives des tissus. La plupart des actions observées sont communes avec celles qu'exercent d'autres organes. Il n'en est pas de même des rapports du thymus avec la croissance générale et le développement du squelette, qui sont nettement établis par les recherches de *Basch*, de *Lucien* et *Parisot*; ces auteurs ont en effet montré que la thymectomie pratiquée chez de très jeunes animaux provoque un retard dans le développement et des modifications du squelette.

Cette fonction est d'ailleurs temporaire et ne se révèle que dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Comparé aux autres glandes vasculaires sanguines, le thymus ne semble pas exercer sur l'organisme d'influence spécifique.

Sa suppression fonctionnelle ne provoque pas l'apparition d'un syndrome clinique comparable à celui qui résulte des lésions destructives du corps thyroïde (myxœdème), de l'hypophyse (acromégalie), des capsules surrénales (maladie d'Addison). L'athrepsie, le rachitisme, les myopathies primitives, ne peuvent être considérés comme les effets d'une hypothymisation. Quand à la cachexie *thymiprive de Klose*, elle demande confirmation.

L'augmentation de volume du thymus et l'exagération ou la perversion de ses fonctions secrétoires ont été considérées comme la cause de certaines morts subites, dites morts par le thymus, dans lesquelles on ne trouve aucune autre explication plausible de la terminaison. On discute encore sur la pathogénie de cette mort subite, attribuée par les uns à une action purement mécanique, par les autres à une action chimique.

La constatation de thymus volumineux dans les cas de lésions diverses du corps thyroïde goître, maladie de Basedow, myxœdème, lésions de l'hypophyse, etc., ont fait admettre une relation fonctionnelle entre ces différents organes. Les résultats expérimentaux ne sont pas très nets à ce point de vue. Il semble cependant qu'il y ait un certain balancement entre le thymus et les organes génitaux, et que l'involution thymique débute à la puberté.

Sauf en ce qui concerne la croissance générale et le développement osseux, le thymus ne semble pas exercer d'action très particulière sur l'organisme. Aussi peut-on discuter l'existence d'une *sécrétion interne thymique*. Celle-ci n'a, en sa faveur, ni la connaissance de produits chimiques spéciaux, ni celle d'éléments anatomiques disposés par la sécrétion. Les dérivés de l'ébauche épithéliale embryonnaire, cellules du reticulum, corpuscules de Hassal, ne présentent pas en effet les caractères d'un épithélium en état d'activté fonctionnelle.

Néanmoins, en l'absence de sécrétion interne, on ne comprendrait guère comment la thymectomie peut agir sur la formation du système osseux. Le fait que cette fonction n'est que temporaire n'enlève rien à la valeur de l'argument. Par contre, les thymectomies pratiquées chez l'homme ne semblent pas modifier le développement général ni entraîner d'altérations osseuses.

Le thymus n'est d'ailleurs pas indispensable à la vie. Il paraît surtout exercer son action chez les très jeunes sujets. Expérimentalement, si on pratique la thymectomie après les premiers jours qui suivent la naissance, les résultats deviennent très douteux. Néanmoins, le thymus persiste avec les apparences anatomiques d'un fonctionnement normal jusqu'à la puberté, époque à laquelle il entre en involution, se réduit peu à peu, mais se montre toujours à l'état de vestige jusqu'à un âge très avancé.

Pathologie du thymus, par M. *Marfan*. — Tout en présentant l'ensemble des notions connues sur la pathogénie du thymus, le rapporteur s'est surtout attaché à l'étude de l'hypertrophie de cette glande chez les enfants du premier âge, et des symptômes qui permettent de la diagnostiquer et de poser les indications de la thymectomie.

I. — Dans le premier âge, la cause de beaucoup la plus fréquente d'hypertrophie du thymus est une lésion à laquelle on peut donner le nom d'hyperplasie simple. Cette altération n'est qu'une des modalités de ces réactions prolifératives qui peuvent atteindre tous les organes hémo-lymphatiques au cours des infections et des intoxications. La syphilis et la tuberculose paraissent en être les causes les plus communes. Cette étiologie explique pourquoi l'hyperplasie du thymus coexiste souvent avec le rachitisme et l'intumescence des divers organes lymphoïdes (ganglions, amygdales, rate).

Au point de vue clinique, tantôt l'hypertrophie du thymus est

latente, et c'est le cas le plus fréquent ; tantôt elle détermine des phénomènes de compression.

II. — Quand elle est latente, on ne peut la reconnaître qu'en la recherchant systématiquement par la percussion et la radioscopie. La percussion donne une matité absolue dans la région du manubrium sternal, matité en forme de triangle à base supérieure ; le signe est d'ailleurs inconstant, les bords des poumons pouvant, comme l'a montré Cruchet, recouvrir le thymus hypertrophié. La radioscopie montre un agrandissement de l'ombre médiane sus-cardiaque, débordant les deux bords du manubrium. Ce signe, bien interprété, a une très grande valeur.

Le thymus hypertrophié peut sans doute comprimer les divers organes avec lesquels il en est en contact médiat ou immédiat ; mais, seules, la compression de la trachée et celle des vaisseaux sont bien démontrées.

III. — La compression de la *trachée* se révèle par une dyspnée avec cornage et tirage. Cette dyspnée peut être chronique avec paroxysmes. Elle peut se présenter sous forme d'accès séparés par des intervalles de respiration calme. Elle peut ne se manifester que par un seul de ces accès se terminant par la mort. C'est dans la forme chronique qu'on peut le mieux étudier les caractères du cornage et de la dyspnée par trachéo-sténose thymique.

Le *cornage thymique chronique* est caractérisé par une respiration stridoreuse, qui apparaît dès les premières semaines de la vie, parfois dès les premiers jours. Le bruit respiratoire est perçu à l'inspiration et à l'expiration, mais il est plus fort à l'inspiration ; il s'accompagne de tirage inspiratoire, en général léger.

Le cornage thymique s'exagère par l'hypertension de la tête ; par le décubitus dorsal, dans le sommeil. Il n'altère pas la voix, et si l'enfant tousse, la toux n'a ni le caractère laryngé (raucité, extinction), ni le caractère bitonal (adénopathie trachéo-bronchique). Ce cornage ne disparaît pas quand on met dans le larynx un tube court ; il ne s'atténue guère par la canule trachéale ; il n'est quelquefois soulagé que par l'introduction d'un tube long. Souvent, mais non toujours, il s'accompagne d'une matité manubriale nette. A peu près constamment, il coexiste avec une augmentation notable de l'ombre thymique sur l'écran radioscopique. En plaçant la pulpe de l'index dans la fossette sus-sternale, on perçoit parfois une tuméfaction expiratoire, déterminée par une sorte de hernie du thymus (signe de Rehn). La trachéoscopie a permis à Jackson de constater un aplatissement de la trachée au niveau du détroit supérieur du thorax.

Lorsque l'enfant est calme et éveillé, le cornage est léger, parfois à peine appréciable ; mais, sous l'influence des cris, de la colère, de l'hypertension de la tête, du décubitus dorsal, durant le sommeil, surviennent des accès de dyspnée plus ou moins violents pendant lesquels le cornage devient intense et le tirage très fort, pendant lesquels on voit apparaître des symptômes évidents de gêne respiratoire (angoisse, contraction des muscles respirateurs accessoires, cyanose). Ce paroxysme dyspnéique dure de quelques minutes à quelques heures. S'il disparaît le plus souvent sans laisser de traces, il peut se terminer par la mort. Ces enfants, atteints de cornage thymique, sont très sujets à la bronchite, et à la congestion pulmonaire. Ces complications favorisent à un haut degré la production des paroxysmes dyspnéiques et en aggravent les effets. La santé générale des sujets est variable et dépend de diverses circonstances (mode d'allaitement, troubles digestifs). Le cornage thymique coïncide souvent avec du rachitisme et de la poly-adénite. Il disparaît en général vers la fin de la seconde année, sans doute sous l'influence de la diminution du volume du thymus, favorisée par l'involution de l'organe.

Quand on rencontrera cette forme de cornage chronique avec les caractères précédents, on pourra le distinguer des autres formes des *respirations bruyantes chroniques des nourrissons*. Celles-ci ne sont pas dues à une seule cause ; c'est une erreur de décrire sous le nom de « stridor congénital des nouveau-nés » toutes les respirations bruyantes des nourrissons qui apparaissent dès la naissance, ou peu après, et de leur attribuer une pathogénie univoque.

Le *stridor vestibulaire laryngé congénital* se distinguera du cornage thymique par son caractère exclusivement inspiratoire et par l'examen de l'orifice supérieur du larynx qui montrera une malformation de l'épiglotte et le rapprochement des replis aryténo-épiglottiques.

Le cornage, dû à une *compression trachéo-bronchique par un ganglion tuberculeux du médiatsin*, est surtout expiratoire ; la percussion, l'auscultation, la radioscopie, montreront son origine. Le cornage par *paralysie des dilatateurs de la glotte* est presque exclusivement inspiratoire ; mais chez le jeune enfant il est toujours dû à une adénopathie trachéo-bronchique dont on recherchera les signes.

Le ronflement des *végétations adénoides* se reconnaîtra à son timbre, à son atténuation par l'occlusion des narines ; le toucher du cavum, au besoin un coup de pince, permettront d'en reconnaître l'origine.

IV. — La trachéosténose thymique peut être intermittente et se manifester par des accès de dyspnée et de cornage ayant exactement les caractères précédemment indiqués et pouvant être provoquées par les mêmes causes (hyperextension de la tête, position horizontale, etc.) Dans l'intervalle, la respiration est normale ou à peu près. La mort peut survenir dans un de ces accès ; elle peut même terminer le premier et unique accès. En se fondant sur les caractères du cornage et de la dyspnée, on ne confondra pas ces accès avec ceux des laryngites aiguës, de l'abcès rétro-pharyngien, de l'asthme, du spasme glottique.

V. — Le thymus hypertrophié peut aussi comprimer les *gros vaisseaux* émanés de la base du cœur, surtout la veine-cave et le tronc veineux brachéo-céphalique gauche. La compression des veines est plus rare que celle de la trachée et elle est ordinairement associée à celle-ci. Cependant on l'a observée à l'état isolé. Elle se révèle par la distension des veines du cou, la turgescence des creux sus-claviculaires, la cyanose de la face, la tension de la grande fontanelle. Ces symptômes s'exagèrent à certains moments, sous l'influence des mêmes causes qui provoquent les paroxysmes de dyspnée et de cornage (hyperextension de la tête, etc.) et alors le sujet peut tomber dans un demi-coma, son cœur peut cesser de battre un instant, puis se ranimer ; mais l'accès peut se terminer par la mort. Cette forme de cyanose est assez caractéristique et ne peut être confondue avec celle des malformations du cœur. Quand on la constate, on recherchera par la percussion l'exploration du creux sus-sternal (signe de Rehn), la radioscopie si le thymus n'est pas hypertrophié.

Le thymus hypertrophié peut-il comprimer les nerfs voisins ? La chose est probable, mais aucun fait précis ne permet de l'affirmer.

VI. — Chez des sujets qui meurent subitement et rapidement ou d'une manière imprévue, par *syncope*, particulièrement au cours d'une anesthésie chirurgicale, il arrive souvent qu'à l'autopsie on ne trouve aucune explication plausible de la mort ; mais on relève que le thymus est gros ; cependant, il ne paraît exercer aucune compression sur les organes voisins. C'est ce qu'on a appelé la *mort thymique*. Le rapporteur résume les travaux sur ce sujet et montre que, sous ce nom, on a décrit des faits disparates. Il discute les théories formulées pour expliquer la mort thymique : celle de la dyscrasie lymphatico-thymique de Paltauf, celle de l'hyperthymisme de Svehla, celle de la compression du nerf cardiaque inférieur droit, du pneumogastrique ou du phrénique. Aucune d'elles n'est démontrée.

VII. — Quand on a établi le diagnostic d'hypertrophie du thymus, il faut toujours faire un essai de traitement mercuriel ; s'il échoue, on mettra en œuvre les médications employées contre toutes les hyperplasies lymphatiques (bains salés, arsenic, iode, calcium) ; on pourra aussi essayer l'adrénaline *per os* (2 à gouttes par jour).

Quand il y a des accidents sérieux de compression, il faut mettre en œuvre des médications à actions plus rapides. Si les accidents ne paraissent pas trop menaçants, on pourra essayer de diminuer le volume du thymus par la radiothérapie. En cas contraire, la thymectomie est le traitement de choix. Quand l'instantanéité et la gravité immédiate de la dyspnée et de la cyanose ne permettent pas de recourir à cette opération, on pourra essayer de placer dans le larynx et la trachée le tube le plus long possible, mais la trachéotomie, et surtout l'introduction d'un tube court, doivent être rejetées. Si on parvient ainsi à conjurer les accidents, on profitera de l'amélioration pour pratiquer la thymectomie.

Chirurgie du thymus, par M. *Veau*. — La chirurgie du thymus mérite une place importante dans la thérapeutique d'une affection contre laquelle nous étions désarmés.

L'intervention de choix est la thymectomie subtotale sous-capsulaire ; c'est une opération bénigne. Dans les cinq cas que j'ai opérés, les enfants pouvaient quitter l'hôpital au bout de quelques jours.

On peut grouper les résultats obtenus sous quatre chefs : 1° Dans les *crises de suffocation*, l'intervention constitue une indication opératoire de premier ordre ; 2° Dans la *dyspnée permanente* sans crise de suffocation, l'intervention est moins indiquée ; pratiquée, elle a eu cependant d'excellents effets ; 3° Dans le *spasme de la glotte*, on ne doit intervenir que s'il y a coexistence d'hypertrophie du thymus ; en ce cas, j'ai obtenu sur un enfant adressé par le prof. Hutinel un heureux résultat ; 4° Dans les cas de *stridor thymique*, les effets de l'opération sont moins encourageants, en ce sens que si le bruit respiratoire disparaît, cette disparition n'est que passagère ; on ne devra donc intervenir que si au stridor s'ajoutent des symptômes d'hypertrophie du thymus (crises de suffocation, dyspnée permanente).

Discussion. — M. *René Cruchet* (de Bordeaux) présente quelques considérations sur l'*hypertrophie* et l'*atrophie* du thymus d'après une statistique personnelle de 77 cas (sera publié).

M. *d'Œlsnitz.* — On peut considérer dans l'hypertrophie du thymus quatre formes cliniques principales : ce sont les formes *foudroyante* avec mort subite, *latente*, *silencieuse* et *continue*. La radiothérapie paraît donner des bons résultats comme traitement.

MM. *Nobécourt* et *Tixier*. — Nous avons déterminé chez le nourrisson sain, par la percussion concentrique de Constantin Paul une région submate, qui a 6 ou 8 cm. de larguer, dépasse surtout le bord gauche du sternum et se confond avec la matité précordiale ; cette submatité est due à la présence du thymus ou au pédicule vasculaire.

M. *Frœlich* (de Nancy). — Le détroit supérieur du thorax est extraordinairement rétréci chez certains jeunes sujets, ce qui peut gêner considérablement la respiration, dès que le thymus s'accroît, même très peu, de volume.

MM. *Martel et Tixier*. — La régression pathologique du thymus chez le veau vaccinifère se fait suivant un processus exactement comparable à celui de l'enfant ; le tissu fibreux envahit rapidement la glande et se substitue au tissu cellulo-adipeux ; les corpuscules de Hassal hypertrophiés offrent de la dégénérescence pigmentaire.

M. *Hutinel*. — On a trop de tendance à confondre dans une même description le spasme de la glotte et l'accès thymique. L'hypertrophie du thymus ne joue, dans le spasme de la glotte, qu'un rôle de symptôme aggravant, mais ce symptôme est suffisant parfois pour nécessiter l'intervention ; j'ai observé un cas de cet ordre dans lequel la thymectomie, pratiquée par M. Veau, entraîna la cessation des signes alarmants.

M. *Roux*. — L'irritation des nerfs semble jouer une importance plus grande dans l'éclosion des accidents que l'hypertrophie du thymus.

M. *Weill* (de Lyon).—J'ai vu l'ablation de végétations adénoïdes latentes faire cesser, dans 10 observations, un laryngospasme des plus nets.

M. *Barbier*. — J'ai vu, comme M. Frœlich, le détroit supérieur du thorax être réduit à 15 mm. Les gros vaisseaux de la région peuvent également comprimer la trachée ou les nerfs et même donner une ombre radioscopique qu'on attribue peut-être à tort à l'hypertrophie du thymus.

M. *L. Boissonnas* (de Genève). — Un enfant de deux mois, nourri au sein, se présente à ma consultation avec une dyspnée intense accompagnée de stridor inspiratoire.

Les voies respiratoires supérieures sont libres, l'épiglotte est de consistance et de forme normales. A l'expiration, on sent distinctement dans la région susternale une masse arrondie qui disparaît dans le thorax à chaque inspiration. Matité dans la région du manubrium sur une largeur de 4 ctm., et débordant de chaque côté le sternum.

La radioscopie montre une ombre correspondant à la matité. Opération (M. le Professeur Kummer). Extirpation d'un thymus pesant 20 gr. La trachée est aplatie, fortement ramollie à l'endroit comprimé. Trachéotomie deux jours plus tard à cause d'une lésion de la trachée. Mort 18 jours après l'opération, par bronchopneumonie.

Bactériologie et épidémiologie de la méningite cérébro-spinale.— MM. *H. Richardière* et *Jules Lemaire*, après une vue rapide sur l'historique bactériologique de la méningite cérébro-spinale, étudient le diplocoque de Wechselbaum, en indiquant sa morphologie et ses différents caractères puis le différencient du gonocoque d'une part, des pseudo-méningocoques d'autre part. Le microbe de Weichselbaum Gram négatif se rapproche en effet sur plus d'un point du gonocoque, mais il en diffère totalement si l'on étudie son action sur les sucres. Seul, le Weichselbaum a une action fermentative bien déterminée sur le glucose et la maltose. Très importants également sont les résultats des réactions nouvelles : agglutination, précipitation, réaction de fixation ou action de la bile et des sels biliaires. On voit alors qu'il existe entre le méningocoque, le gonocoque et les pseudoméningocoques des caractères communs dus à ce que ces agents sont très voisins l'un de l'autre ; ce sont les caractères de groupes, et des caractères propres, les caractères spécifiques, qui font du Weichselbaum une individualité bien déterminée.

Etudiant ensuite l'épidémiologie, les auteurs insistent sur la notion des porteurs de germes, montrant comment ceux-ci régissent les épidémies et expliquent leur irrégularité apparente. Ils insistent également sur les dangers de la rhino-pharyngite spécifique dont sont atteints d'une façon plus ou moins intense et les malades atteints de méningite et les porteurs de germes. De ces données, il découle qu'en temps d'épidémie, il serait désirable d'isoler ces porteurs de germes jusqu'à ce que leur innocuité soit reconnue. Comme causes favorisant le développement des épidémies il faut aussi citer les températures basses et humides avec oscillations thermométriques, les fatigues, le surmenage, le jeune âge et les agglomérations.

Avant de formuler leurs conclusions, les auteurs étudient la dernière épidémie parisienne, montrent par des graphiques la fréquence de la maladie à Paris et en banlieue en 1908 et 1909, notent le nombre des cas élevés apparus en mars et avril 1909 et pensent que cette épidémie ne tardera pas à s'éteindre d'ici quelques mois.

Méningite cérébro-spinale chez l'enfant symptômes et moyens de diagnostic. — MM. *André Moussous* et *Rocaz*. — Après une vue d'ensemble rapide de la maladie, les auteurs décrivent un à un chacun de ses symptômes. Ce sont les symptômes nerveux dont ils parlent tout d'abord : les contractures musculaires, la raideur de la nuque, le signe de Kernig et les divers moyens de le rechercher, le réflexe contro-latéral de Brudzinski, les paralysies, les modifications de la réflectivité, les troubles sensitifs, psychiques et vaso-moteurs.

Vient ensuite l'étude des symptômes généraux ; la fièvre, les troubles digestifs, les manifestations cutanées et articulaires, les modifiations de l'urine et du sang. Le pouvoir agglutinant et le pouvoir opsonique du sérum, propriétés si précieuses au point de vue du diagnostic, sont l'objet d'une mention toute spéciale.

Les formes cliniques si variées que la méningite cérébro-spinale peut affecter chez l'enfant sont longuement étudiées. Les formes sont relatives à la durée de la maladie, à l'âge du malade, à l'absence où à la prédominance de certains symptômes. Les rapporteurs passent alors en revue les formes aiguë, suraiguë, foudroyante, lente, à rechutes. Chez le nourrisson, ils distinguent les formes convulsive, hyperesthésique, tétanique, la méningite basale postérieure ; ils parlent aussi des formes ambulatoires et abortives plus fréquentes chez l'adulte, mais que l'on rencontre également chez l'enfant.

Le chapitre des complications embrasse les complications de la période d'état et les suites que la maladie peut laisser après elle.

Les lésions vasculaires et pulmonaires, les lésions des centres nerveux, des nerfs, des appareils visuel et auditif sont tour à tour envisagés dans leurs expressions cliniques si variées. Ce sont les lésions des centres nerveux, de l'œil et de l'oreille qui engendrent la plupart des séquelles de la méningite cérébro-spinale, séquelles qui chez l'enfant seront représentées par l'hydrocéphalie, la cécité, la surdité, les troubles de l'intelligence, les troubles moteurs de divers genres.

Les éléments les plus importants du diagnostic sont fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire, enfin par la précipitoréaction de Vincent-Bellot et la réaction de fixation de Bordet-Gengou.

Traitement de la méningite cérébro-spinale, par M. *Netter*. — Le sérum antiméningococcique en injections intra-rachidiennes agit dans la méningite cérébro-spinale comme un médicament spécifique.

Sous son influence la mortalité est très diminuée, la durée de la maladie très abrégée, la symptomatologie sensiblement atténuée, Les complications et séquelles sont beaucoup plus rares.

Pour obtenir les meilleurs résultats, il faut injecter des doses de sérum suffisantes (30 à 60 cmc) et renouveler les injections les trois ou quatre premiers jours du traitement. Les injections seront d'ailleurs continuées aussi lontemps que le liquide cérébro-spinal renfermera des méningocoques. Elles seront reprises en cas de rechute et, dans ce cas, on se comportera comme lors de la première atteinte.

Les guérisons sont plus rapides et plus fréquentes quand leur traitement est commencé à une période rapprochée du début Aussi convient-il, s'il y a le moindre doute, d'injecter le sérum après la première ponction sans attendre les résultats de l'examen bactériologique. Cet examen, en revanche, devra guider pour les injections extérieures. Dans des cas heureusement exceptionnels, vingt, vingt-deux, vingt-trois injections ont été nécessaires pour amener une guérison définitive.

La méningite des nourrissons est la plus grave. L'efficacité du sérum n'y est pas moins appréciable. Elle peut être entravée par le défaut de communication entre la cavité arachnoïdienne et les ventricules cérébraux. Dans ces cas, on peut être amené à pratiquer l'injection intraventriculaire. Il existe un cas de guérison due à cette intervention.

L'injection de sérum peut exagérer les douleurs, augmenter la fièvre la raideur, amener des éruptions. Plus rares heureusement, mais aussi plus graves sont les accidents d'orthopnée suivie d'apnée, accidents qui sont quelquefois mortels, Ils paraissent dus à des principes nocifs qui font partie intégrante du sérum du cheval ; ils ne doivent pas nous empêcher d'avoir recours à la sérothérapie.

L'emploi du sérum ne fera pas renoncer à des médications paléles qui ont leur utilité : les bains chauds qui calment les douleurs et les raideurs, le collargol qui diminue la fièvre, les préparations salicyliques, etc..

Discussion. — M. *Hutinel*. — J'ai observé à la suite de l'emploi du sérum antiméningococcocique intra-rachidien des accidents mortels, Ces faits sont survenus de préférence chez des enfants tuberculeux.

MM. A. *Broca* et *Debré*. — L'aspect chirurgical que revêtent certaines méningites cérébrospinales varie de l'appendicite à l'otite aiguë, aux accidents articulaires métastatiques, à l'abcès du cerveau,

M. J. *Hallé*. — Le diagnostic au début des oreillons peut parfois demeurer en suspens quelques jours, comme il arriva chez un garçon de 10 ans où je pensai dès l'abord à une méningite cérébro-spinale.

MM. *Netter* et *Tinel*. — La forme méningitique de la poliomyélite aiguë est extrêmement difficile à différencier de la méningite cérébrospinale, ainsi qu'il résulte de l'étude de 58 cas que nous avons recueillis.

M. *Mallet* (de Genève). — J'ai fait chez un enfant de trois mois 14 ponctions lombaires, utilisé 60 cmc de sérum antiméningocique en injections sous-cutanées et 90 cmc. en injections intra-rachidiennes ; cette médication énergique ne put empêcher la mort.

M. *Montagnon* (de Saint-Etienne). — Je me suis bien trouvé de façon générale, dans 15 cas, de bains chauds et de ponctions lombaires répétées.

M. *Ausset* (de Lille). — J'ai eu des accidents anaphylactiques graves dans deux cas, après injections massives de sérum.

M. *Léon Tixier*. — Le diagnostic de la méningite cérébrospinale et de l'hémorragie méningée est à peu près imposible, sauf par la ponction lombaire qui indique des différences dans la coloration et la cytologie du liquide.

MM. *Roger Voisin* et *A. Paisseau*. — Les signes de la méningite cérébro-spinale, d'après 25 observations, sont surtout caractérisés par les vomissements, le signe de Kœrnig, les érythèmes, l'herpès. La fièvre manque assez souvent, de même que les convulsions. Nous avons observé des paralysies multiples ainsi que du tremblement.

Bouillies maltées dans les entérites et les dyspepsies de l'enfance. — M. *Ausset* (de Lille) en se basant sur une statistique très importante, préconise l'emploi des bouillies maltosées.

Splénomégalie avec anémie. — M. *d'Espine* (de Genève) cite l'observation d'un enfant de 15 mois qui, depuis l'âge de deux ou trois mois, présente des troubles anémiques avec splénomégalie.

Retour de la sécrétion lactée et variations physiologiques du lait de femme. — M. *Barbier* montre par une série de recherches analytiques que la teneur du lait de femme en beurre et en caséine est essentiellement variable dans le cours d'une même journée.

Il signale deux faits intéressants de retour de la sécrétion lactée chez des femmes qui avaient cessé d'allaiter, l'une depuis un mois, et l'autre, depuis deux mois.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations et thérapeutique dentaires; par le Dr J. Estéoule et L. Dauzier, (Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-18 raisin, cartonnage souple : 4 fr.);

Par suite des progrès réalisés par la science médicale au point de vue de la microbiologie et de l'antisepsie, le domaine de l'art dentaire s'est considérablement élargi et le temps n'est plus où le dentiste était seulement appelé à faire, suivant les règles, une bonne extraction ou à nettoyer des caries.

Le praticien moderne doit savoir reconnaître certaines maladies qui entrent dans le cadre de la médecine générale et formuler souvent un traitement tirant ses indications soit d'un ensemble de symptômes, soit d'une étiologie des plus diverses.

C'est pourquoi les auteurs ont pensé être utiles à leurs confrères en groupant les maladies qu'ils sont susceptibles de voir et en donnant pour chaque question, — sous forme de *consultations*, — le tableau complet de la thérapeutique à suivre.

Cela explique le souci qu'ils ont eu de faire précéder chaque traitement d'un rapide exposé clinique de la maladie et de passer soigneusement en revue l'étiologie et les théories pathogéniques les plus satisfaisantes et les plus récentes. La connaissance des causes et de la nature des maladies, la notion du mécanisme de production des processus pathologiques, constituent en effet des facteurs importants, servant de base à la thérapeutique.

De là, leur soin de mettre en lumière les diverses indications auxquelles doit répondre un traitement raisonné : la thérapeutique causale ne saurait donc s'effacer devant le traitement symptomatique, qui n'est que palliatif.

Guidés par le principe directeur de la thérapeutique buccodentaire actuelle, — la lutte contre l'infection due aux actions microbiennes, — MM. Estéoule et Dauzier ont fait une large part aux prescriptions d'hygiène et à l'antiseptie, montrant ainsi l'utilité et la valeur prophylactique de la méthode antiseptique.

Ce petit livre devant être, avant tout, *pratique*, on a écarté de façon systématique les médicaments trop délicats à manier à cause de leur grande toxicité, et fait un choix parmi les innombrables formules, retenant celles qui ont paru les plus simples et les meilleures.

Un chapitre spécial est consacré aux formules et indications des injections hypodermiques pouvant être employées par le dentiste.

Enfin, pour faciliter les recherches, on a adopté l'ordre alphabétique.

Les éditeurs ont tenu à présenter ce livre avec goût, nous dirons presque avec luxe; nous les en félicitons. Nous devons leur savoir gré de continuer cette série de publications à l'usage du praticien qui, sous un format réduit, permet d'avoir toujours sous la main des livres d'utilité pratique et d'un prix abordable.

REVUE GÉNÉRALE

L'œil albuminurique

Par R. BURNIER.
Interne des hôpitaux de Paris.

Des troubles visuels au cours de l'albuminurie avaient déjà été notés par BRIGHT, mais c'est LANDOUZY (de Reims) (1) qui, en 1849, insista tout particulièrement sur la fréquence d'une « amaurose néphrétique » qui, se développant d'une façon insensible et sans aboutir à la cécité complète, lui semblait être un symptôme presque constant et ordinairement un signe initial du mal de Bright.

Mais il confondait les amauroses urémique et d'origine centrale et les cas de rétinite proprement dite. . C'est TURCK (2) qui le premier démontra en 1850 les lésions anatomiques de la rétine, et c'est de GRŒFE (3) en 1855 qui mentionna les altérations ophtalmoscopiques, décrites ensuite par HEYMANN (4), WAGNER (5) et LIEBBREICH (6).

Puis de nombreux auteurs (duc CHARLES-THÉODORE de Bavière. FURST, TRAUBE, MAGNUS, VIRCHOW, NUEL, GALEZOWSKI) ont étudié minutieusement l'anatomie pathologique, la pathogénie et la symptomatologie de ces troubles oculaires au cours de l'albuminurie qui ont souvent une valeur diagnostique et pronostique de tout premier ordre.

L'ŒDÈME PALPÉBRAL est un fait banal et bien connu dans l'albuminurie. C'est une localisation précoce, souvent même initiale de l'œdème, surtout au niveau des paupières inférieures dont le tissu lâche offre des conditions propices au développement de l'œdème.

Souvent les malades atteints d'une affection chronique des reins se plaignent que la lecture les fatigue. Il s'agit là d'une DIMINUTION DE L'AMPLITUDE DE L'ACCOMMODATION par affaiblissement du muscle ciliaire. Le trouble visuel est naturellement plus marqué chez les hypermétropes.

Bien qu'il existe constamment dans les diverses formes de néphrites des altérations anatomiques de l'iris et du tractus uvéal (duc CHARLES-THÉODORE de Bavière), il est rare que cliniquement on fasse le diagnostic d'IRITIS.

LEBER (7), KNIES (8), en ont cependant signalé quelques exemples. Il s'agit d'ailleurs dans ce cas d'iritis à allure clinique banale, capables d'ailleurs de laisser à leur suite des synéchies postérieures (EWETZKY). Il faudra donc penser à la possibilité d'une iritis albuminurique quand la syphilis, le rhumatisme, la blennorragie, le diabète, auront été éliminés.

Quant à l'existence d'une CATARACTE albuminurique, elle est très contestée. DEUTSCHMANN avait été frappé de la fréquence de l'albumine dans les urines de malades atteints de cataracte sénile. Pour expliquer ce fait, MICHEL estime que la cataracte et l'albuminurie sont le résultat d'altérations produites simultanément dans l'œil et dans le rein par une même cause, l'artério-sclérose. Cliniquement, la prétendue cataracte néphrétique présenterait les mêmes symptômes que la cataracte sénile : parfois elle aurait offert les caractères de la cataracte étoilée. Mais EWETZKY, qui examina à ce point de vue un grand nombre de malades, conclut que la cataracte ne se montre pas chez les jeunes gens atteints de néphrite et qu'elle n'est pas plus fréquente au delà de 50 ans chez les néphrétiques que chez ceux dont les reins sont indemnes. L'existence d'une cataracte albuminurique n'est donc nullement démontrée.

Beaucoup plus importants sont les troubles de l'acuité visuelle que l'on observe au cours des néphrites : troubles tantôt intenses, mais passagers : l'amaurose albuminurique, tantôt moins violents mais durables : la *rétinite* ou la *névrite albuminurique*.

L'AMAUROSE URÉMIQUE s'observe surtout au cours de néphrites *aiguës* d'origine scarlatineuse (1) ou gravidique (2); elle est beaucoup plus rare dans les albuminuries chroniques, elle est moins fréquente que la rétinite albuminurique. Sur 32 albuminuriques atteints de troubles visuels, de GRAEFE (3) a noté 2 amauroses sans lésions du fond de l'œil et 30 rétinites albuminuriques, et encore cette proportion de 1/15 est-elle estimée trop forte par FOERSTER (4) et GRŒNOUW (5).

Les accès d'amaurose sont en relation avec les crises d'urémie, ils les précèdent, les accompagnent ou leur succèdent. Généralement, ils sont accompagnés de céphalalgie, de vomissements, de crampes et de coma. Ordinairement passagères, ces crises d'amaurose durent 12 à 24 heures, rarement 2 à 3 jours. La vue revient alors à la normale, si le malade a survécu. Elle est soudaine ou au moins très rapide dans son apparition comme dans sa disparition. La cécité urémique est parfois le premier ou l'un des premiers symptômes de l'urémie au cours d'une néphrite. Latente jusque-là, cette cécité est ordinairement complète. Il est exceptionnel qu'au fort de la crise, la sensation de lumière demeure conservée (PONS Y MARQUÉS) (6). Toutefois à la cécité fait suite une hémianopsie homonyme (PICK) (7).

Le fond de l'œil est ordinairement normal. Parfois on note un certain degré de stase papillaire [WILBRAND et SÆNGER) (8), (DOMBROWOSLSKY (9) LITTEN) (10)], une congestion des veines rétiniennes. FŒRSTER a remarqué que l'apparition de l'œdème papillaire chez un néphrétique est l'indice d'une urémie imminente.

Les réflexes pupillaires sont ordinairement conservés malgré la cécité absolue (DE GRAEFE) (11). Parfois cependant on note une dilatation avec rigidité des pupilles ou au contraire du myosis (FURSTNER).

La PATHOGÉNIE de l'amaurose albuminurique est encore incertaine. On peut cependant, aujourd'hui, exclure l'hypothèse d'un œdème passager de la rétine (HEYL), du nerf optique (EBERT) ou de sa gaine (ROTHMANN) (12).

On doit plutôt admettre que la cécité est due à un processus cérébral, dont le siège peut dans certains cas être assez exactement localisé. La conservation habituelle de la réaction pupillaire à la lumière montre que la rétine, le nerf optique, le chiasma, les bandelettes, les couches optiques, et surtout les tubercules quadrijumeaux (centre réflexe auquel aboutissent les nerfs optiques) sont hors de cause.

C'est donc plus loin dans le lobe occipital que doit siéger la cause de l'amaurose. Cependant comme la réaction pupillaire fait parfois défaut, il est rationnel de penser que les ganglions de la base du cerveau peuvent quelquefois être touchés. La localisation occipitale se déduit par exclusion : en effet, le siège de l'amaurose ne peut se trouver que dans le 1/3 postérieur des deux capsules internes, sinon elle serait accompagnée d'une anesthésie générale complète. Le

(1) LANDOUZY. — De l'existence de l'amaurose et de la néphrite albumineuses. *Ann. d'Ocul.*, 1849, XXII, p. 179. — De l'amaurose dans la néphrite albumineuse, 1851. *Ann. d'Ocul.*, XXVI, p. 134.
(2) TURCK. — *Arch. für. Opht.*, 1850, II, p. 145.
(3) VON GRAEFE. — *Arch. f. Opht.*, 1855, II, p. 222.
(4) HEYMANN. — Ueber Amaurose bei Brightkrank. (*Arch. f. Opht.*, 1856, I, p. 137.)
(5) WAGNER.— Ueber Amblyopie bei Bright Krank. *Virchow Arch.*, XII, 1857.
(6) LIEBREICH. — Opht. Befund bei morbus Brighti. *Arch. f. Opht.*, 1859, V. p. 265
(7) LEBER. — *Graefe Sæmisch.*, V. p. 572, 1877.
(8) KNIES. — Erkrank. des Harnogane. (*Bez. des Sehorgans*, 1893.

(1) BECHER. — Amaurose nach Scharlach-nephritis. (*Deutsche med. Woch.*, 1884, p. 388.)
(2) BURNIER. — *Progrès médical.* L'amaurose gravidique, n° 30, 23 juillet 1910 et numéro du meme journal à paraître le 29 août 1910.
(3) VON GRAEFE. — *Arch. f. Opht.*, VI. v. p. 27».
(4) FOERSTER. — Urœmische amaurose. *Graefe Sæmisch.*, VII, p. 83, 1860.
(5) GRŒNOUW. — Urœmische amaurose. *Græfe Sæmisch*, XXII, v. p. 114, 1901.
(6) PONS Y MARQUÉS. — Ambliopia uremica. *Arch. de Oft., hispano-americanos*, 1895, V. p. 140.
(7) PICK. — *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, t. VI, p. 19.
(8) WILBRAND et SŒNGER. — Die urœmische Amaurose. *Neurologie des Auges*, 1906, III, p. 872.
(9) DOMBROWOSLSKY. — *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1881, p. 121.
(10) LITTEN.—Zur Diagn. der Nierenerk. *Charité Ann.*, 1877, IV, p. 169
(11) VON GRÆFE. — *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, VI, p. 94.
(12) ROTHMANN. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1905, p. 691.

siége bilatéral de la lésion expliquerait l'amaurose totale ; une lésion d'un seul lobe occipital, les phénomènes hémioques qu'on observe parfois.

Quant à la nature même du processus pathologique, nous en sommes réduits aux plus grandes hypothèses. Le caractère fugitif habituel de l'amaurose est contre l'hypothèse d'une lésion profonde, d'une destruction complète des éléments anatomiques.

Deux théories sont en présence : 1° La théorie toxique de FRERICHS, d'après laquelle l'amaurose urémique serait causée par des poisons (urée, carbonate d'ammoniaque), que normalement le rein devrait éliminer.

2° La théorie mécanique de TRAUBE explique l'amaurose par un spasme artériel, entraînant une transsudation séreuse comprimant l'encéphale. Cet œdème cérébral par compression des lobes occipitaux entraînerait l'amaurose par compression des centres moteurs du cerveau et causerait les convulsions urémiques, ou éclamptiques. On a signalé en effet, dans certains cas d'amaurose, un léger degré d'œdème papillaire que cette théorie permettrait d'expliquer.

La théorie a été reprise avec de légères modifications par VAQUEZ (1), BAR qui attribuent l'amaurose à l'hypertension toujours si marquée chez les éclamptiques (T A : 21-25). Cette hypertension serait due à un resserrement des artères périphériques que VAQUEZ attribue à une hypersécrétion surrénale.

Plus récemment WIDAL et VAUCHER (2) pensent avoir trouvé la cause de l'hypertension cérébrale, facteur causal de l'amaurose, dans la rétention chlorurée si fréquente dans la néphrite aiguë avec œdème. Et ces cas d'amaurose fugace liée à la chlorurémie seraient à opposer, comme nous le verrons, aux lésions durables de rétinite albuminurique liées à l'azotémie.

Quoi qu'il en soit, que la pression urémique exerce une action vaso-constrictive sur les rameaux cérébraux, ou agisse directement sur l'écorce cérébrale (crampes, amaurose), ou la partie périphérique (atrophie optique post-amaurotique), il n'en reste pas moins vrai que cette action est d'ordinaire fugace et transitoire comme les troubles eux-mêmes qui en en dérivent. Mais on peut concevoir une atteinte prolongée du poison, donnant naissance à une lésion profonde de l'écorce et entraînant par conséquent un trouble durable : tel le cas de PICK (3) où, à l'autopsie d'une femme atteinte d'une hémianopsie durable, on a trouvé un ramollissement limité à la deuxième circonvolution occipitale.

Au point de vue pronostique, l'amaurose urémique est plus favorable que la rétinite sous le rapport du rétablissement de la vision, mais elle est d'un plus mauvais augure *quoad vitam*. En cas d'amaurose gravidique, il y a une indication pressante pour l'interruption de la grossesse.

DIAGNOSTIC. L'amaurose urémique pourrait être confondue avec une *cécité hystérique* à cause de l'absence de tout signe ophtalmoscopique et de la persistance du réflexe pupillaire. L'albuminurie et l'aspect spécial des crises d'urémie attireront l'attention. De plus, l'amaurose hystérique est souvent unilatérale, bien que JACOBSON, HARLENT, aient décrit des cas d'amaurose bilatérale. La cessation de la crise amaurotique est plus brusque que dans l'amaurose urémique. Elle laisse après elle non pas une diminution de l'acuité centrale, mais un rétrécissement concentrique du champ visuel avec achromatopsie, surtout marquée pour le violet et le vert. Les autres stigmates hystériques : l'hémianesthésie, l'anesthésie du voile du palais, les contractures spéciales, feront faire le diagnostic.

Si la malade a eu des hémorragies, il faut songer à la cécité subite que peuvent provoquer les *pertes de sang* : ici la pupille est dilatée et immobile. La cécité est ordinairement double, parfois un œil est plus atteint que l'autre. Elle s'installe tantôt d'emblée avec l'hémorragie, tantôt 24 ou 48 heures, quelquefois 8 jours après. Dans certains cas, une atrophie optique s'installe secondairement.

(1) VAQUEZ. — La *Tribune médicale*, 1904, p. 85.
(2) WIDAL et VAUCHER. — *Soc. méd. des hôp.*, 25 avril 1910.
(3) PICK. — *Deuts. Archiv. für klin. Med.*, 1895, p. 69.

Les amauroses provoquées par une *intoxication* quelconque (quinine, sulfure de carbone, etc.), seront facilement éliminées.

Il est des cas où le diagnostic est difficile ; car l'albuminurie peut être intermittente et cesser précisément au moment de l'accès d'urémie.

On a émis parfois l'idée que la cécité soudaine du *saturnisme* ne serait autre chose qu'une amaurose urémique, ayant pour intermédiaire une néphrite provoquée par l'intoxication LEBER (1), NUEL (2), UHTHÖFF (3), LEWIN et GUILLERY (4), s'opposent à cette généralisation. Parfois la distinction peut être difficile, mais l'albuminurie et l'anurie ne sont pas assez constantes chez les saturnins atteints de troubles visuels pour qu'on puisse mettre en doute l'existence d'une amaurose due à l'influence immédiate du plomb sans urémie [GONIN (5)].

Tandis que l'amaurose albuminurique est fugace et passagère, la RÉTINITE ALBUMINURIQUE présente des lésions durables.

Cette rétinite est surtout fréquente dans la néphrite interstitielle *chronique* aboutissant au petit rein granuleux. Cependant elle s'observe aussi dans les néphrites aiguës, soit qu'elles aient tendance à la chronicité, soit qu'elles aient gardé un caractère transitoire, comme à la suite de la scarlatine, de la rougeole [ANDERSON (6), HORNER (7)], de la diphtérie. La rétinite albuminurique existe assez souvent chez les femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse, elle diminue d'intensité après l'accouchement et peut reparaître à une nouvelle grossesse.

La rétinite peut accompagner certaines néphrites, comme les néphrites saturnines [DESPAGNET (8), LEHMANN (9)], la maladie de Pavy [OSTWALD (10)], la dégénérescence amyloïde du rein [BECKMANN (11), ALEXANDER (12), BULL (13)].

Dans certains cas, la rétinite précède de longtemps l'albuminurie [POSSANER (14), EYRE (15)].

Au point de vue de la fréquence de la rétinite albuminurique, la statistique de LEBER (16) donne une proportion variant de 7 à 21 %. GROENOUW (17) sur un total de 935 cas a noté 209 rétinites (22.4 %).

La rétinite est en général bilatérale : quelquefois cependant unilatérale [MAGNUS, DESPAGNET, WECKS, WEHRLI ; YVERT (18)] a rapporté un cas de rétinite albuminurique unilatérale coïncidant avec la présence d'un rein unique situé du même côté.

La rétinite survient surtout après 40 ans, plus rarement dans l'enfance ; le sexe masculin est plus atteint que le sexe féminin (70 % d'hommes).

SIGNES OBJECTIFS. A l'examen ophtalmoscopique, trois variétés de lésions s'observent habituellement : de l'œdème papillaire et rétinien, des hémorragies rétiniennes et des exsudats blanchâtres.

1° La *papille* présente surtout au niveau de ses bords un trouble gris rougeâtre qui en estompe les contours et la fait paraître saillante. Ce trouble œdémateux diffus ne reste pas localisé à la région papillaire ; il empiète sur les

(1) LEBER. — *Graefe Sæmisch*, 1877, V, p. 952 et 886.
(2) NUEL. — Traité de De Wecker et Landolt, 1887, III, p. 664 et 651.
(3) UHTHOFF. — Bleivergiftung *Graefe Sæmisch*, 1901, XXII, 2, p. 6?.
(4) LEWIN et GUILLERY. — *Die Wirkung von Arztneimitteln und Gaften auf der Auge*, 1905, I, p. 532.
(5) GONIN. — *Encyclopedie française d'Ophtalmologie*, t VIII.
(6) ANDERSON. — 1888, cité par Berger.
(7) HORNER. — Retin. bei Morb. Brighti. *Monatsbl.*, 1863, p. 11.
(8) DESPAGNET. — Rétin. albumin *Rec. d'Ophtalm.*, 1882, p. 96.
(9) LEHMANN. — *Nagelsbericht.*, 1890, p. 451.
(10) OSTWALD. — Compl. ocul. de la maladie de Pavy, *Rev. gén. d'Opht.*, 1897.
(11) BECKMANN. — Uber amyl. Degener. *Virchows Archiv.* XIII, p. 94.
(12) ALEXANDER. — Retin. ex morbo Brighti, 1867, *Klin. Mon. f. Aug.*, p. 221.
(13) BULL. — Anal. of 103 cases of exud. neurorelin. *Opht. Rev.*, 1886.
(14) POSSANER. — Lebensdauer nach dem Auftreten in Ret. alb. In. Diss., Zurich, 1891.
(15) EYRE. — *Nagelsbericht*, 1897, p. 282.
(16) LEBER. — Ret. bei. Nierenleiden *Graefe Sæmisch.*, V. p. 57?, 1877.
(17) GRŒNOUW. — 1905, *Graefe Sæmisch.*, XXII, p. 97.
(18) YVERT. — Rét. alb. unilatérale, *Rev. d'Opht.*, 1883, p. 145.

régions avoisinantes sur une étendue de 2 à 3 diamètres et peut, du côté temporal, envahir la macula. Les vaisseaux qui traversent cette région disparaissent par places, sont voilés et indistincts dans le reste de leur parcours ; les artères, surtout plus pâles, plus étroites, sont à peine visibles ; les veines, au contraire, dilatées gonflées et tortueuses, se détachent mieux grâce à leur teinte rouge sombre.

2° Les *hémorragies* rétiniennes s'observent surtout autour de la papille. Elles se présentent sous la forme de taches rouges, allongées ou striées en flammèches, de direction radiaire, de dimensions peu considérables. Loin de la papille, les hémorragies peuvent se disséminer le long de certains vaisseaux, des veines plutôt que des artères ; elles affectent le type de petits pointillés rouges ou, au contraire, de plaques plus volumineuses.

3° Les *exsudats* blanchâtres de la rétinite sont groupés autour de deux foyers principaux, la papille et la macula. Les taches blanches péri-papillaires sont tantôt isolées, tantôt disséminées sur une grande étendue dépassant les limites de l'œdème, tantôt enfin, elles arrivent par leur confluence à former de larges placards d'un blanc mat ou légèrement jaunâtre qui peuvent rester isolés ou au contraire entourer la papille comme d'une ceinture. La papille n'est alors plus reconnaissable que grâce à l'émergence de ses vaisseaux. Quand les exsudats blanchâtres sont encore de petit volume, on peut suivre à l'ophtalmoscope les phases de leur développement. C'est tout d'abord une tache rosée plus claire que le fond rouge de la rétine ; puis au bout de 3 ou 4 jours, la tache rosée est devenue d'un blanc laiteux. Elle augmente de volume s'étend également en profondeur dans le tissu rétinien, car elle siège également en arrière des vaisseaux. Une fois son acmé atteint, elle s'efface graduellement en laissant après el'e une tache jaunâtre.

Le foyer maculaire est constitué, quand il existe, par une série de petites taches blanches plus brillantes que les précédentes, parfois même nacrées, se disposant en rayons convergents vers la fovea. Il en résulte la formation d'une figure étoilée : la macula stellaire, que LIEBREICH considère comme un des symptômes les plus caractéristiques de la rétinite albuminurique. Malheureusement, cette figure stellaire typique est relativement rare. WADSWORTH ne l'a vue que 2 fois sur 90 cas.

Ces trois variétés de lésions : œdèmes, hémorragies et taches blanches s'observent ensemble dans les formes les plus typiques. Mais il ne faudrait pas croire que leur présence simultanée soit indispensable pour affirmer le diagnostic de rétinite albuminurique, une seule de ces lésions suffit.

On peut avec DUFOUR et GONIN (1), classer sous trois chefs les formes principales de rétinite albuminurique :

1° Œdème et congestion papillaire sans hémorragie ni taches; forme peu fréquente, sauf au début.

2° Hémorragies rétiniennes sans tache blanche ; un peu plus fréquente que la précédente ;

3° Hémorragies avec taches blanches ; forme habituelle, mais toutes les variétés sont possibles, quant au nombre, à la forme, au siège des foyers.

Les vaisseaux rétiniens présentent fréquemment des déformations perceptibles à l'ophtalmoscope. Les artères sont généralement étroites, souvent sinueuses, surtout dans la forme hémorragique. GUNN (2) et SILEX (3) ont décrit une augmentation de largeur et d'intensité du reflet central des artères qui ressemblent à des fils de cuivre ou d'argent poli. (GUNN). Mais ce n'est pas un signe pathognomonique de la rétinite albuminurique, car ces phénomènes s'observent aussi dans la syphilis et dans l'artério-sclérose.

Les lésions rétiniennes sont parfois masquées par des troubles nuageux du vitré, (DE GRAEFE, MAGNUS), surtout à une période avancée de la maladie.

D'autres fois, ce sont des *lésions choroïdiennes* qui attirent l'attention sous forme de foyers grisâtres de chorio-rétinite. Ces lésions choroïdiennes s'observent quelque temps après le début de la maladie ; ce peuvent être des taches blanchâtres, décolorées, atrophiques des noyaux de pigmentation noirâtre. Il peut en résulter un aspect ophtalmoscopique analogue à celui de la rétinite tigrée (MAGNUS).

Quand ces dépôts noirâtres de pigments s'éloignent de la papille et fusent vers la périphérie, on conçoit que le diagnostic soit difficile avec une choroïdite syphilitique.

Les réactions pupillaires ne sont jamais altérées.

SIGNES SUBJECTIFS. Les troubles visuels ne sont pas en rapport avec les altérations du fond de l'œil. Ici, ce n'est pas une question de quantité qui intervient, c'est une question de siège. Une petite tache maculaire attirera l'attention bien plus qu'un œdème prononcé de la rétine ou des hémorragies abondantes au voisinage du nerf optique chez le malade.

L'affaiblissement visuel est progressif ou se fait par étapes. La cécité n'est jamais brutale comme dans l'amaurose ; et si au cours d'une rétinite albuminurique la cécité devient complète et subite, il faut chercher autre chose et expliquer par une amaurose transitoire cette perte de la vision qui est d'ailleurs toujours d'assez courte durée. Quelquefois, c'est assez brusquement que les malades s'aperçoivent de leurs troubles oculaires ; il leur est impossible de lire, de reconnaître les personnes. Il s'agit là vraisemblablement d'une lésion vasculaire qui, même minime, peut faire baisser l'acuité centrale brusquement de 1/10 et au-dessous. D'autres fois, c'est l'impression de lacunes dans le champ visuel. Les scotomes centraux ou paracentraux ne sont pas rares dans la rétinite albuminurique.

Les troubles pour les couleurs font ordinairement défaut.

On a cependant noté parfois de la cécité pour le bleu, limité à la région centrale du champ visuel SIMON (1).

SCHMIDT-RIMPLER (2) rapporte un cas où l'héméralopie constituait l'unique symptôme.

COMPLICATIONS. Le tableau clinique et ophtalmoscopique peut être modifié par l'apparition de complications qui ne sont souvent que le stade terminal de l'évolution des lésions optiques et rétiniennes.

L'*atrophie du nerf optique*, caractérisée par la décoloration plus ou moins complète de la papille et par une diminution de l'acuité pouvant aller jusqu'à la cécité, s'observe assez rarement comme phase terminale de la rétinite albuminurique [MAGNUS, BRECHT (3), LOTZ (4)].

Une atrophie optique peut aussi être la conséquence d'une obstruction des artères de la rétine, accident survenant au cours de la rétinite albuminurique et qui peut simuler le tableau de l'embolie de l'artère centrale de la rétine [MICHEL, PONCET (5), WOLKERS (6), SCHMIDT-RIMPLER, HOFFMANN (7), WELT (8), MEYER (9)].

Les *hémorrhagies du vitré* peuvent également compliquer la rétinite et le pronostic est particulièrement grave. SILEX en a observé 2 cas chez des femmes enceintes : une femme resta aveugle des deux yeux ; chez l'autre, la cécité fut unilatérale.

Quant au *glaucome* (WERHLI) (10), à la *cataracte* et à l'*iritis*, ce sont des complications exceptionnelles de la rétinite.

L'*atrophie de la choroïde* et de la rétine consécutive à une rétinite albuminurique est moins fréquemment signalée.

---

(1) DUFOUR et GONIN. — *Encyclopédie française d'Opht.*, t. VI.
(2) GUNN. — *Opht. Review.*, 1988, p. 87.
(3) SILEX. — Ueber Retin. album. gravidarum. (*Berl. Klin. Woch.*, 1895.)

(1) SIMON. — Ueber typische Violettblindheit bei Ret. album. *Centralbl. f. Aug.*, XVIII, p. 132.
(2) SCHMIDT-RIMPLER. — *Nothnagel spez. Path.*, 1898, p. 205, XXI.
(3) BRECHT. — Ret. alb. mit hochgr. Netzhautablös. *Græfes Arch.*, 1872, XVIII, p. 132.
(4) LOTZ. — *Zeh. Monatsbl. f. Aug.*, 1889, p. 364.
(5) PONCET. — Ret. album. *Gaz. méd. de Paris*, 1896.
(6) VOLKERS. — Ret. albumin. *Von Ziemssen's Handbuch*, 1875, IX.
(7) HOFMANN. — *Arch. f. Augenh.*, 1902, p. 3'9.
(8) WELT. — *Arch. f. Augenh.*, 1900, p. 363.
(9) MEYER. — *Zeits, f. Augenh.*, 1899, p. 346.
(10) WEHLI. — Glaucoma nach Neuroretin. Alb. *Arch. f. Augenh.*, 1898, p. 173.

Plus fréquent est le *décollement de la rétine* au cours de la rétinite albuminique [10 % ELSCHNIG(1)], surtout aux derniers temps de la vie. Mais dans 1/3 des cas, il s'agit de rétinite gravidique. Ce décollement a une tendance remarquable à la guérison spontanée. Cependant dans le cas de LOTZ, la vision fut néanmoins perdue. Le décollement des rétinites brightiques est ordinairement bilatéral. Dans le cas de WECKS et d'EWETZKY il était unilatéral et surtout compliqué de glaucome.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE nous montre que d'une façon générale les couches externes de la rétine ne présentent que des lésions inconstantes et toujours secondaires.

Plus importantes sont les lésions des couches internes. La couche des fibres nerveuses est ordinairement distendue par l'œdème ; les fibres optiques sont parfois gonflées, présentant des dilatations ampullaires ou variqueuses [SCHWEIGGER (2)]. Les cellules ganglionnaires sont souvent en état de gonflement et de dégénérescence commençante. [ALT (3), WEEKS (4), EWETZKY (5)]. Au niveau des couches granuleuses on constate de grands espaces lacunaires par dissociation des fibres de Muller. Ces espaces parfois énormes, qui donnent à la rétine un aspect grillagé caractéristique, contiennent des masses amorphes et irrégulières. Ces masses ont tantôt un aspect fibrillaire, tantôt hyalin ou finement granuleux. On y rencontre fréquemment des cellules granulo-graisseuses que NUEL (6) et AMMANN (7) considèrent comme des phagocytes, pensant que leur aspect granuleux résulte de l'absorption des matières en désagrégation.

Ce sont ces amas granulo-graisseux qui jouent le principal rôle dans la production des grands foyers blanchâtres de la rétine. Quant à l'étoile maculaire, elle est due à l'accumulation des corps granulo-graisseux ou de globes exsudatifs (NUEL) entre les fibres de la couche de Henle ou réticulaire externe plutôt qu'à l'infiltration des éléments de soutien.

Les hémorragies occupent la couche des fibres optiques et fusent parfois dans la couche granuleuse, ou bien entre la couche des bâtonnets et l'épithélium pigmentaire. Plus tard ces hémorragies font place à des masses granuleuses où la forme des hématies devient méconnaissable.

Le nerf optique ne présente jamais d'altération dans sa portion intrabulbaire ; mais son extrémité interne est souvent le siège d'une papillite qui peut être aussi accusée que la papillite des tumeurs cérébrales. Ce gonflement péripapillaire peut se compliquer d'un exsudat situé sous la limitante interne ou bien entre la couche des bâtonnets de l'épithélium pigmentaire [ALT NORDENSON (8)]. Ce décollement rétinien plus ou moins marqué siège le plus habituellement dans la région maculaire (ALT, NUEL).

Les altérations vasculaires, sclérose des parois, dégénérescence de la tunique interne, ont été signalées par tous les auteurs avec une intensité plus ou moins grande au niveau des gros vaisseaux (artères et veines centrales) comme au niveau de plus petites artérioles rétiniennes et choroïdiennes. MATHIS a cependant toujours constaté l'intégrité des vaisseaux centraux du nerf optique.

La choroïde présente des altérations vasculaires de même ordre (MULLER, HOFFMANN, KOPPEN).

Plus discutée est la PATHOGÉNIE des lésions rétiniennes. On a invoqué l'*augmentation de la pression sanguine* et SHWEIGGER, DE GRAEFE, ont insisté sur la coïncidence habituelle d'une hypertrophie du ventricule gauche avec la présence d'une rétinite. Mais cette coïncidence manque pourtant [WAGNER (1), NAGEL (2), PAGENSTECKER (3)] ; aussi WECKER (4), PANAS (5), EWETZKY admettent généralement que la pression artérielle et la stase veineuse n'agissent que par leur conbinaison avec des *altérations dans les parois vasculaires*.

Quant à la cause de ces lésions des vaisseaux rétiniens, les uns (EWETZKY) la trouvent dans un ralentissement du courant sanguin ; les autres [NAGEL, CHARLES-THÉODORE (6). KONIG (7)] dans une altération de la composition du sang ; d'autres enfin [LEMKE (8), MICHEL (9), MOGLIE (10)] considèrent l'altération des vaisseaux rétiniens comme nullement liée à l'affection rénale, mais dépendant au même titre que celle-ci d'une cause générale dont elles ne seraient l'une et l'autre que des manifestations locales.

Mais cette théorie vasculaire est trop exclusive.

Si la lésion vasculaire était le seul facteur en jeu, on ne s'expliquerait point pourquoi la rétinite albuminurique a des caractères si spéciaux, si distincts des autres formes de rétinite hémorragique survenant chez des artério-scléreux (foyers de dégénérescence spontanée, étoile maculaire, œdème) ; on ne s'explique pas non plus les faits de guérison si fréquents que l'on observe dans la rétinite albuminurique gravidique et ceux qui surviennent même chez des malades atteints de néphrite interstitielle [OPIN et ROCHON-DUVIGNEAUD (11), MONTHUS (12).

Aussi ces auteurs sont-ils d'avis qu'un autre facteur doit intervenir : la rétention, dans l'organisme, de produits toxiques encore indéterminés.

L'*urémie chronique* invoquée par MAGNUS (13) comme cause des lésions rétiniennes est une explication insuffisante ; car DE GRAEFE a bien montré la différence entre les troubles amaurotiques urémiques et les lésions rétiniennes proprement dites. La *déperdition d'albumine*, invoquée également comme facteur étiologique, ne paraît non plus être suffisante, car la rétinite peut être préalbuminurique, elle peut coïncider avec une albuminurie minime et transitoire, elle peut manquer dans le cas d'albuminurie massive.

La question a fait récemment un pas nouveau avec WIDAL MORAX et WEILL (14). Parmi les substances qui peuvent être retenues par l'organisme au cours des néphrites, deux surtout ont été bien étudiées, le chlorure de sodium et l'urée. WIDAL et JAVAL ont montré l'importance du dosage de l'urée dans le sérum sanguin pour établir le pronostic de l'urémie ; la mort étant à craindre quand le taux de l'urée s'élève au-dessus de 2 gr. par litre. Or les recherches de WIDAL, MORAX et WEILL, portant sur 17 cas de rétinite chez des malades atteints de néphrites diverses, leur ont permis de noter la constance de la rétention azotée. Ils pensent donc que la rétinite dite albuminurique est, en réalité, au moins dans la grande majorité des cas, une rétinite azotémique avec le sérieux pronostic de l'azotémie. Cette rétinite est donc à opposer à l'amaurose simple, qui serait due à la rétention chlorurée (WIDAL et VAUCHER).

Le DIAGNOSTIC de la rétinite albuminurique est ordinairement facile, si l'albumine est abondante. On ne la confondra pas avec une *chorio-rétinite syphilitique* avec une

(1) ELSCHNIG. — XXXIe Session de la Soc. opht. d'Heidelberg.
(2) SCHWEIGGER. — Retinitis durch Morbi Brighti *Gebrauch des Augenspiegels*, 1864, p. 101.
(3) ALT. — Retinit. album. *Comp. des Histol. des Auges*, p. 181.
(4) WEEKS. — Zur Path. des Ret. album. *Arch. f. Aug.*, XXI, p., 45 1899.
(5) EWETZKY. — Zur Path. der Ret. albumin. *Zeit. Monatsbll.*, 1898, p. 381.
(6) NUEL. — Figure maculaire étoilée. *Arch. d'Opht.*, 1895, XV, p. 593.
(7) AMMANN. — *Arch. f. Aug.*, 1891, p. 128.
(8) NORDENSON. — Netzhautablösung bei Ret. album. *Die Netzhautabl.*, 1887.

(1) WAGNER. — Ueber Amblyopie bei Bright-Krankh. *Virch. Arch.*, XII, p. 218.
(2) NAGEL. — Die fettige Degener. der Nelzhaut. *Arch. f. Opht.*, VI. t. II, p. 191.)
(3) PAGENSTECHER. — Retinits morbi. Brighti. *Atlas der path. Anat.*, 1875.
(4) WECKER. — Rétinite néphrétique. *Traité des maladies des yeux*, IV, p. 90, 1889.
(5) PANAS. — Rétinite albuminurique. *Leçon sur les rétinites*, 1878. — *Traité des maladies des yeux*, I, p. 694, 1894.
(6) Duc CHARLES-THÉODORE DE BAVIÈRE. — Ueher. Path. anat. des Auges, bei Nierenleiden. *Wiesbaden*, 1886.
(7) KŒNIG. — Rétinite brightique. *Rev. d'opht.*, 1891, p. 143 et 526.
(8) LEMKE. — Zur chr. interst Nephrit. *Nagels Bericht*, 1884, p. 386.
(9) Von MICHEL. — Ueber Erkrank der Gefassystem. *Zeitsch. f. Aug.*, 1899, p. 1.
(10) MOGLIE. — Retin. album. *Il Policlinico*, 1896.
(11) OPIN et ROCHON-DUVIGNEAUD. — *Arch. d'Opht.*, 1904, p. 155.
(12) MONTHUS. — Ret. album. *Th. Paris*, 1902.
(13) MAGNUS. — Ret: apoplec. album., *Zeit. Monatsbl.*, XII, p. 171, 1874.
(14) WIDAL, MORAX et WEILL. — Ret. alb. et azotémie. *Bull. Soc. med. des hôpitaux*, 22 avril 1910.

rétinite circinée. Plus difficiles sont les cas d'*artério-sclérose*, de *diabète*, où l'aspect ophtalmoscopique est souvent semblable. C'est dans ce cas que la recherche de l'azotémie peut rendre des services

Le PRONOSTIC de la rétinite albuminurique est grave quant à la vie. Le rétablissement de la fonction visuelle est rare, on cite les cas de HORNIG, de GALEZOWSKI (1), de ROCHON-DUVIGNEAUD, d'ŒLLER (2), ADAMUCK (3), ZIRM (4), dans lesquels les lésions oculaires s'amendèrent en même temps que les autres symptômes de la néphrite. HORNER, MOOREN, (5) ont vu cependant guérir une rétinite malgré la persistance de l'albuminurie.

Le plus souvent, la vision se perd soit par atrophie du nerf optique [BRECHT, MAGNUS, FOERSTER (6)], soit plus rarement par décollement rétinien (HIRSCHBERG) (7).

Grave également est le pronostic *quad vitam*. La rétinite brightique est un arrêt de mort dans les 2 ans qui suivent son apparition. BELT (8), sur 419 malades, on a vu 65 % succomber la 1re année, 6 % seulement survécurent à la 2e. ZIMMERMNN (9) note la mort de 85 % dans la 1re année, 93 % avant la fin de la seconde. HAENHLE (10) dans le même temps calcule 68 % et 83 %. LENTZE (11) 62 % et 68 %; EUTENAUER, (12) ; 67,8 et 82,7 %. La mortalité est plus élevée et plus rapide chez l'homme que chez la femme ; peut-être faut-il invoquer l'influence de l'alcoolisme.

La rétinite *gravidique* est moins grave que la rétinite *brightique*, et le rétablissement de la vision se fait habituellement après l'accouchement ; mais il ne faudrait pas croire que le pronostic, est toujours favorable. SILEX, sur 21 malades, en a vu 6 recouvrer une vision supérieure à 1/2 ; 10 une vision supérieure à 1/10 ; 15 sont devenues aveugles. Sur 36 rétinites gravidiques recueillies par CULBERTSON (13) 6 seulement ont gueri complètement. 9 ont abouti à la cécité. Les récidives sont d'ailleurs fréquentes aux grossesses ultérieures et la cécité définitive en est la conséquence [FORSTER, KRISTELLER (14), FÜRST (15)].

Le NERF OPTIQUE est fréquemment touché en même temps que la rétine et il s'agit plutôt de neuro-rétinite que de rétinite véritable. Mais parfois la perturbation du nerf optique peut être prédominante ou même exclusive ; l'on a dans ce cas le tableau d'une *papillite*. A l'ophtalmoscope, on constate une infiltration œdémateuse papillaire et péripapillaire ordinairement peu prononcée. Les malades se plaignent, au début, de mouches volantes, d'éclairs devant les yeux, puis les troubles augmentent progressivement pour ne devenir graves que lorsqu'ils se prolongent. Plus souvent on observe le tableau de la *stase papillaire* typique, identique à celle qu'on note en cas de tumeur cérébrale, et sans l'examen des urines, le diagnostic différentiel en serait très difficile et même impossible (OPPENHEIM) (16). La papille, à l'examen ophtalmoscopique, est nettement saillante ; ses bords sont flous et striés et les veines volumineuses forment d'épais rubans sinueux. Il n'est pas rare de voir de petites hémorragies sur la papille ou au voisinage de ses bords.

L'acuité visuelle et le champ visuel peuvent parfois conserver une intégrité complète pendant quelques mois, ou tout au moins être faiblement altérés, et tout peut disparaître quand le facteur causal disparaît lui-même : c'est le cas des névrites optiques gravidiques; mais quand la stase persiste, la papille subit progressivement une dégénérescence atrophique et devient complètement blanche. Cette *atrophie optique* entraîne un trouble très marqué de la vision et quelquefois la cécité absolue unilatérale ou bilatérale. C'est ce qu'on observe surtout à la phase terminale des néphrites chroniques et quelquefois chez des femmes enceintes albuminuriques [BONTE (1) KNAPP (2), GERMANN (3).

Le *pronostic* de la névrite optique est donc plus grave que celui de l'amaurose et de la rétinite albuminurique, même avec décollement.

C'est l'ophtalmoscope qui permettra de faire le *diagnostic* de cette névrite et de la différencier d'une amaurose simple ou d'une rétinite. Enfin l'examen des urines permettra de rattacher cette névrite optique à sa véritable cause et d'éliminer les cas de tumeur ou d'*abcès du cerveau*, la *syphilis*, la *tuberculose*, l'*hydrocéphalie*, la *méningite* qui peuvent donner un tableau ophtalmoscopique identique.

TRAITEMENT.

Le traitement des lésions oculaires dues à l'albuminurie est avant tout un traitement causal ; mais il est nécessaire d'envisager séparément le traitement de la névrite et de la rétinite gravidiques et celui des lésions non gravidiques.

Au cours de la grossesse, l'examen méthodique des urines permettant de déceler l'albumine et de mettre la femme au régime lacté constitue la meilleure prophylaxie. Quand une femme albuminurique devient enceinte, il faut instituer rapidement le régime approprié et examiner ses yeux. Si les lésions rétiniennes ou papillaires apparaissent dès les premiers mois, on provoquera l'avortement, car la mère aurait de grand risques de cécité et la néphrite sera aggravée : d'autre part, le fœtus a peu de chances d'atteindre un développement suffisant.

Si les lésions n'apparaissent que dans les deux derniers mois de la grossesse, on se basera sur leur intensité pour intervenir. Si les lésions sont modérées on attendra la terminaison naturelle de la grossesse (MORAX).

Dans le cas de lésions oculaires non gravidiques, on s'attachera surtout à combattre l'affection rénale par un régime approprié et en particulier par la diète lactée. Les ventouses sèches ou scarifiées dans la région lombaire sont souvent utiles au moment des poussées rétiniennes, surtout s'il existe de la céphalée et de la stase papillaire ; les purgatifs salins sont un excellent adjuvant. On mettra également la rétine au repos en plaçant le malade dans une chambre faiblement et régulièrement éclairée et en proscrivant toute occupation de lecture ou d'écriture.

Dans ces dernières années, l'intervention chirurgicale a été préconisée (EDEBOHLS, SUKER) dans le traitement des troubles visuels en rapport avec les néphrites.

Sur 72 malades chez lesquels EDEBOHLS (4) pratiqua la décapsulation rénale, 9 présentaient les signes de rétinite albuminurique au moment de l'intervention. Aucun d'eux n'était vivant au moment de la publication de leurs observations, tous avaient succombé dans l'année ayant suivi l'opération et 2 seulement en avaient retiré quelque bénéfice. Sur les 17 cas de brightiques atteints de rétinite réunis par SUKER (5), 10 étaient morts après l'intervention. Des 7 restants, 3 éprouvèrent une amélioration de leurs lésions oculaires. Cette amélioration fut nulle chez les 3 autres.

POUSSON (6) a noté, sur 153 cas, des troubles visuels chez

(1) GALEZOWSKI. — 1886, Traité iconographique.
(2) OELLER. — 1900. *Atlas sell. Opht.*
(3) ADAMUCK. — Fall. von Retin. hæm. album. *Zentralb. f. Aug.*, XIII, 1889.
(4) ZIRM — Ret. alb. *Centralb. f. Augenh.* 1901, XXV, p. 90.
(5) MOOREN. — Ret. album. *Opht. Beobach.*, 1867, p. 285.
(6) FOERSTER. — *Graefe Sæmisch.*, VII, p. 80.
(7) HIRSCHBERG. — Amaurose durch. alb. Netzh. *Zentral. f. Aug.*, 1884.
(8) BELT. — Pronostic signif. of. alb. ret. *Opht. Rev.*, 1896.
(9) ZIMMERMANN. — The clin. value of alb. ret. *Nagelsbericht.*
(10) HAENHLE. — In. Diss. Tubingen, 1890.
(11) LENTZE. — Prognose der Ret. alb. In. Diss. Strasbourg, 1899.
(12) EUTENAUER. — Die prognost. Bedeut. der Ret. alb. In. Diss. Giessen, 1901.
(13) CULBERSTON. — Alb. neuroret in pregnancy. *Am. Journ. of Opht.*, 1894.
(14) KRISTELLER. — Zur Pat. alb. gravid. Th. Freibourg, 1902.
(15) FÜRST. — *Berl. klin. Woch.*, 1887.
(16) OPPENHEIM. — Die Geschwülste des Gehirns. *Nothnagel spez, Path. und Therapie*, IX-2, 1897.

(1) BONTE. — La névrite optique gravidique. La *Clinique Ophtalm.*, 1907.
(2) KNAPP. — *Archiv. of. Ophtalm.*, 1908.
(3) GERMANN. — *Saint-Pétersbourg med. Woch.*, 1907.
(4) EDEBOHLS. — Renal decapsul. for chronic Bright disease. *Med. Record*, mars 1903, p. 40.
— The Surgery of nephritis. *New-York med. Journ.*, 21-28 mars 1904.
(5) SUKER. — *New-York med. Journ. and Philadelph. med. Journ.*, n° 23, 1904. *Journ. of. amer. med. Associat.*, 27 février 1904.
(6) POUSSON. — Chirurgie des néphrites, Paris. Doin 19.0.

29 malades, 17 présentaient des troubles fonctionnels passagers (amaurose), 12 des troubles lésionnels durables (neuro-rétinite). Des 17 premiers, 5 succombèrent : 3 dans les quelques jours qui suivirent l'opération ; 2, trois et neuf mois après elle. Des 12 seconds, 8 moururent ; 2, dans les quelques heures qui suivirent l'opération (l'un par dilatation aiguë du cœur, l'autre par embolie). 1, huit jours après, dans le coma urémique ; les 5 autres furent emportés dans un délai variant de quelques semaines à 6 mois par hémorragie cérébrale ou urémie.

Viannay et Nordmann (1) ont vu un cas de néphrite subaiguë douloureuse avec œdème, albuminurie abondante et lésions rétiniennes bilatérales, très amélioré par la décapsulation. Quand le malade mourut, 2 ans après, de pneumonie, il ne présentait plus d'albumine et ses troubles visuels avaient disparu.

Il semble donc que l'intervention chirurgicale peut être préconisée dans les troubles visuels d'origine albuminurique. Mais il faut reconnaître que les insuccès (pour les troubles lésionnels permanents de la rétine tout au moins) dépassent de beaucoup les résultats favorables.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès d'hygiène scolaire.

Comme la Presse quotidienne se charge de plus en plus des comptes rendus médicaux, le rôle des journaux professionnels se trouve singulièrement simplifié. Inutile est devenu le souci d'offrir des nouvelles en primeurs. Il ne reste plus, soit qu'à esquisser une impression personnelle d'ensemble, soit à revenir avec détails sur tels points particuliers.

Eh bien! pour ce qui est du *III*e *Congrès international d'hygiène scolaire*, voici mon impression : ce congrès fut parfait ; parfait par l'emplacement où il eut lieu, parfait par l'organisation, parfait par beaucoup de ses travaux, parfait par les distractions légitimées par ces travaux. Et si tous les congrès ressemblaient à celui qui m'occupe ici, on n'aurait jamais à craindre qu'au moins certains d'entre eux ne perdent peu à peu de leur valeur réelle. Il faut donc souscrire avec enthousiasme aux applaudissements qu'ont mérités les organisateurs du 3e Congrès scolaire, en les renouvelant à celui qui, de droit, représente ces organisateurs : dans l'espèce à l'éminent et sympathique président du Congrès, le Dr Albert Mathieu. Mais sur le noble geste qu'a eu ce dernier à la séance de clôture, il convient de se tourner vers le Dr Dufestel, secrétaire du Congrès et de le saluer comme la cheville ouvrière de ce rendez-vous international.

La partie du Grand Palais flanquée sur l'avenue d'Antin se prêtait merveilleusement à l'exécution d'exercices physiques des plus intéressants et des plus gracieux, en même temps qu'elle abritait à l'aise et sans fatigue pour le congressiste onze sections de travaux ainsi qu'une exposition des plus curieuses.

Il y eut 1.500 adhérents au Congrès, parmi lesquels (faut-il l'écrire ?) 250 français environ, et relativement peu d'instituteurs et de professeurs. Il est vrai que simultanément avait lieu à Paris, le *Congrès international de l'enseignement primaire*, et il est préférable de rapporter à cette coïncidence fortuite l'insuffisance d'union, en France, entre la pédagogie et la médecine, plutôt qu'à une mentalité qui paraîtrait ne pas être tout à fait en faveur des pédagogues. Quand on a discuté, par exemple, la question des *classes de perfectionnement*, s'est-il trouvé un seul professeur français pour rapporter ou pour répliquer? Mais passons !

Il y eut 85 rapports dont la plupart furent des plus substantiels, dont quelques-uns soulevèrent des débats sensationnels. Faut-il relever un coin du voile sur la palpitante question de l'*éducation sexuelle* ? Question qui a provoqué de belles discussions, et doit en réclamer de nouvelles avant d'accélérer des conclusions définitives.

Voici quelques-uns des vœux adoptés par le Congrès :

Que l'enseignement de l'hygiène scolaire soit donné en tant qu'enseignement spécial, dans toutes les écoles destinées à former des maîtres.

Que la Société des médecins des écoles de Paris nomme une commission chargée d'étudier et de codifier les instructions qui doivent être données aux médecins scolaires et aux instituteurs, en insistant sur la nécessité de donner des règles simples, précises et faciles à suivre.

Que des dossiers sanitaires individuels d'un type uniforme soient établis dans toutes les écoles : fiches de santé plus simples pour les externats, carnets de santé plus détaillés pour les internats.

Que l'éducation physique soit donnée obligatoirement dans tous les établissements d'enseignement (garçons et filles) et sur des données uniformes.

Que des terrains de jeux soient réservés par les municipalités aux enfants.

Que la puériculture soit enseignée dans les écoles (proposition du prof. Pinard).

En ce qui concerne les réjouissances offertes aux congressistes, elles furent bien méritées par leur travail, alors qu'il n'en n'est pas toujours ainsi : Au *III*e *Congrès international d'Hygiène scolaire*, les distractions furent de bon goût, récréatives et instructives. On a lu à la première page de ce journal le compte rendu résumé de la belle fête que la *Société des Médecins-Inspecteurs des Ecoles de Paris et de la Seine* ont offerte aux congressistes ; tous ceux qui y ont pris part en emporteront le meilleur souvenir, à moins, que des passionnés ne se soient laissés prendre aux filets de la fallacieuse roulette du casino.

Parmi les distractions utiles et instructives, on peut noter la visite à l'*Institut médico-pédagogique*, sis à Vitry-sur-Seine, 22, rue Saint-Aubin. Les congressistes arrivèrent par petits paquets pour en former bientôt un gros. Ils furent reçus par le médecin en chef de l'Etablissement, le Dr G. Paul-Boncour, lequel leur montra en détails l'Institut-modèle, que fonda le Dr Bourneville en 1892.

Cornet.

REVUE DES JOURNAUX

Rayons X et cancer expérimental de la souris.

Il résulte des nouvelles recherches de C. qu'une souris cancéreuse, dont la tumeur s'est résorbée sous l'influence des rayons X est immunisée. On obtient la même immunité par l'inoculation d'une tumeur en voie de résorption ou mieux d'une tumeur irradiée après ablation.

Le mode et la puissance de l'irradiation ont une grande importance, puisqu'une irradiation trop intense peut neutraliser le pouvoir immunisant, ou même le transformer en pouvoir favorisant. (Contamin. *Bull. Assoc. Franc. pour l'étude du cancer*, 1910, no 4, pp. 160, 165.)

(1) Viannay et Nordmann. — La *Loire médicale*, 15 juin 1910.

Etude chimique et bactériologique des œufs frais.

La partie chimique de cette étude ne présente pas de résultats nouveaux, les auteurs ont rassemblé en tableaux les données analytiques résultant de leurs recherches.

L'examen bacteriologique a été fait en prélevant aseptiquement dans les œufs — préalablement lavés au sublimé, puis à l'eau stérile — du blanc et du jaune, au moyen de pipettes assez larges. Pour mesurer la quantité sur laquelle portait l'examen, on aspirait environ 2 cc. de liquide, qui était introduit dans un flacon stérilisé contenant des fragments de verre et taré ; une nouvelle pesée indiquait le poids de blanc ou de jaune utilisé. On introduisait alors 10 cc. d'eau physiologique stérilisée, et on agitait les fragments de verre, en divisant la substance protéique, produisant un liquide très homogène, qui peut être utilisé pour les dilutions sur plaques de Petri.

Les milieux utilisés ont été : gélose nutritive, gélose lactosée tournesolée, gélatine nutritive, aux températures de 37°, 20° et 0°. Des plaques ont été également mises dans l'hydrogène pour l'isolement des anaérobies.

Sur 57 expériences, on a trouvé : 7 cas stériles, 18 où le jaune avait le maximum de germes, 11 où le blanc était le plus contaminé et enfin 21 où la distribution était à peu près uniforme. Sur 100 œufs examinés, on a pu extraire 36 espèces microbiennes, parmi lesquelles des streptotricées et même des levures. (E. PENNINGTON. *The journal of biological chemistry*, t. VII, janvier 1910, p.p. 109-132.)

Les formes cliniques des rhumatismes amyotrophiques.

L'amyotrophie est une complication commune à toute arthropathie, subaiguë ou chronique, quelle qu'en soit la cause. Cette atrophie musculaire est souvent minime, pouvant même parfois passer inaperçue ; mais dans d'autres cas, son intensité est telle qu'elle domine le tableau clinique et surpasse d'importance la lésion articulaire qui l'a provoquée.

On peut, selon nous, distinguer trois degrés à ces atrophies musculaires d'origine rhumatismale : un degré léger, un degré moyen, un degré grave. Le degré *léger* est le plus fréquemment observé, il est la règle dans le rhumatisme subaigu ; il est caractérisé essentiellement par ce fait que, de tous les muscles péri-articulaires, un seul, bien défini, s'atrophie. Dans le degré *moyen*, qui s'observe surtout dans le rhumatisme subaigu, tous les muscles péri-articulaires sont atteints. Dans la variété *grave* enfin, qui n'est malheureusement pas rare au cours du rhumatisme chronique, dont elle représente une des plus graves complications, l'atrophie envahit des muscles situés à une distance plus ou moins grande de la jointure malade.

Le muscle sensible de l'articulation scapulo-humérale est le deltoïde ; celui de l'articulation du coude est le triceps brachial ; celui de l'articulation coxo-fémorale est le grand fessier ; celui de l'articulation du genou est le quadriceps crural. Si l'articulation sterno-claviculaire s'ankylose, le premier ou le seul muscle atrophié sera le grand pectoral (3) ; au cours d'une arthrite chronique de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, ce sera le court adducteur du pouce, qui seul de tous les muscles de l'éminence thénar subira l'amyotrophie (Klippel).

Lorsque l'arthrite est multiple et que l'amyotrophie est grave, l'importance de ce symptôme concomitant sera telle qu'il pourra passer au premier plan. Ainsi un malade dont M. Deroche (1) a rapporté l'observation,

A côté du rhumatisme ankylosant oligo-articulaire, où l'atrophie musculaire est légère, moyenne et grave, existe une variété de poly-arthrite ankylosante généralisée et déformante, où l'amyotrophie revêt une intensité telle qu'elle domine en quelque sorte le tableau clinique.

Ces polyarthrites peuvent être moins généralisées, et au lieu de frapper les quatre membres, n'en intéresser qu'un seul ; alors l'amyotrophie sera localisée à ce membre ; dans une observation de la thèse de M. do Amaral (1), le malade, atteint de rhumatisme chronique du membre supérieur, paraissait avoir une amyotrophie type Aran-Duchenne.

La pathogénie de ces atrophies musculaires, liée au rhumatisme chronique, a été très discutée. La théorie de l'inactivité fonctionnelle, soutenue par Cruveilhier (3), reprise et énergiquement défendue en Allemagne par MM. Strasser (4), Hanau, Sulzer (5), Bum (6), est passible de graves objections : certains malades, bien qu'immobilisés, ne font pas d'atrophies musculaires (les hémiplégiques, par exemple).

La théorie de la nutrition insuffisante du muscle que défendit J. Roux (7) ne nous satisfait pas davantage.

La théorie de l'atrophie musculaire par propagation du processus inflammatoire de l'articulation au muscle, qu'ont défendue M. Duplay et Clado (8) en France, MM. Von Strumpel, Hagen en Allemagne, la théorie de l'atrophie musculaire liée à une névrite par propagation de l'inflammation de la jointure aux nerfs musculaires, à laquelle se sont ralliés M. Sabourin, en France, M. Kahane (9), en Allemagne, sont passibles d'objections analogues.

La théorie nerveuse obtient, à l'heure actuelle, la plupart des suffrages. Dans un certain nombre de cas on doit admettre un processus primitivement médullaire, dont l'atrophie musculaire, ainsi d'ailleurs que l'arthropathie elle-même, n'est qu'une des manifestations cliniques. (Dr M. KRIPPEL, médecin de l'hôpital Tenon. Math.-Pierre WEIL, interne des hôpitaux Paris, *Semaine médicale*, 20 juillet 1910, page 337.)

Nouvelle méthode de traitement des entérites par imprégnation de l'intestin avec un milieu électif de sa flore microbienne normale.

Cette méthode a eu pour point de départ l'étude de la flore intestinale, telle qu'elle a été inaugurée par M. Metchnikoff et ses élèves. Cette étude a bien mis en relief le rôle des ferments lactiques dans la lutte contre les germes morbides de l'intestin. Les auteurs ont recherché s'il était possible de fournir aux ferments utiles qui existent toujours dans l'intestin et qui sont adaptés aux conditions individuelles, un milieu autant que possible électif favorisant leur prolifération in situ et y assurant leur prédominance.

Un milieu de culture, pour devenir électif d'une espèce bactérienne déterminée, devra, semble-t-il, contenir tous les éléments indispensables à la vie de ce microbe. Si d'une part, nous nous reportons à la composition chimique du ferment lactique et à celle de ses cendres, et d'autre part à la composition des cendres du lait, nous voyons l'étroite similitude qui existe entre elles, fait logique si l'on songe que le lait représente le milieu naturel par excellence des lactiques. Mais le lait renferme, outre ses éléments minéraux utiles, une forte dose, 30 à 40 p. 100 de caséine, très favorable, comme nous le savons, au développement des putréfiants.

Les auteurs ont cherché à composer artificiellement un milieu analogue au lait, mais privé de caséine. Ce liquide présentait déjà une fertilité remarquable pour les lactiques, toutefois un peu inférieure à celle du bouillon lacto-peptoné. Après nombre d'essais, ils ont pu obtenir sans introduction d'éléments étrangers, un liquide stérilisé, limpide, de couleur jaune pâle marquant 1026 au densimètre et renfermant, par litre, en moyenne :

Matières dissoutes totales	60 grammes
Caséine	néant
Lactose	55 grammes
Sels minéraux............................	4 gr. 5

enfin un minimum (0,5 à 1,5) de matières azotées naturelles, dose largement suffisante pour la prolifération du ferment lactique.

Comparativement, ce liquide a fourni un rendement bien supérieur à tous les milieux précédemment étudiés, et il permet en outre d'isoler facilement, par quelques passages rapides, les lactiques des selles humaines.

Employé d'abord chez les enfants, puis chez l'adulte, le milieu électif a donné dès le début des résultats des plus remarquables :

1° On était en présence d'un liquide aseptique, pratiquement neutre, ne pouvant par conséquent produire d'effet fâcheux sur le chimisme gastrique. L'état de l'estomac est, en matière d'entérites, un élément préalable qu'il ne faut jamais perdre de vue. Si les dyspepsies exercent en effet sur les fonctions intestinales une action bien connue, nous n'avons pas vu en revanche un seul cas d'entérite sans que, sous son influence, le chimisme soit plus ou moins altéré.

2° Non seulement notre liquide n'était pas nocif à cet égard, mais dans un travail que nous préparons, nous montrerons

son action aussi remarquable dans les dyspepsies proprement dites, dans celles en particulier qui sont justiciables du régime lacté ou lacto-végétarien.

3° Il réalise en outre un milieu *hydrocarboné et minéralisé*, et déjà toutes les recherches cliniques et expérimentales chez l'adulte comme chez l'enfant et même chez le jeune nourrisson, ont bien établi l'action modificatrice puissante du simple régime hydrocarboné sur les putréfactions azotées de l'intestin. En tant que milieu hydrocarboné, il représente d'ailleurs, au point de vue de la tolérance du tube digestif vis-à-vis des sucres, la meilleure préparation. Il résulte en effet des recherches de Schmidt que, comme facilité d'assimilation, le sucre de lait tient, avec le sucre de canne et les dérivés du sucre, gelée, confitures, etc., la première place. Enfin, on saisit facilement l'importance de la minéralisation dans des affections aussi déminéralisantes que les entérites et quand on sait quelle quantité de substances minérales la simple diarrhée soustrait à l'organisme.

Les observations déjà nombreuses recueillies depuis plus de deux ans montrent bien l'influence de notre liquide non seulement sur la flore microbienne, mais sur l'ensemble du « milieu » intestinal. Les examens des fèces permettent en effet de constater une transformation, souvent très rapide, du microsbime ; la recherche des rapports urinaires et même le dosage des déchets alimentaires par l'intestin que nous avons pratiqués méthodiquement dans plusieurs cas, témoignent des modifications de l'utilisation des aliments et de la nutrition. Quant aux sulfoéthers, à l'indican, ils diminuent progressivement.

Le milieu électif peut être employé seul, par exemple à la place de la simple diète hydrique. Nous l'avons également utilisé en lavements que les malades gardaient en même temps qu'ils en prenaient par ingestion, de manière à réaliser une saturation plus large de l'intestin. Ajoutons que notre méthode n'est nullement incompatible avec les moyens employés ordinairement (injections sous-cutanées, traitement médicamenteux de l'estomac, etc.).

Bien que, dans notre expérimentation clinique, nous n'ayons pas employé de régime bien spécial, il vaut mieux, pour obtenir le maximum d'action chez l'adulte, suivre, au moins au début du traitement, le régime végétarien, à l'exclusion des œufs, du lait et des dérivés du lait. Chez le nourrisson cependant où le régime lacté est le régime normal, on peut remplacer une ou plusieurs tétées, ou biberons, par un volume égal de milieu électif en alternant les prises de lait et de milieu électif. Il y aura lieu d'ailleurs, d'une façon générale, de restreindre la quantité de lait ou d'aliments quand on administre le milieu, celui-ci étant déjà par lui-même nutritif, puisqu'un litre représente 230 calories environ. Il peut servir avec avantage à la confection des bouillies de farines.

Il n'y a pour ainsi dire pas de posologie à établir pour notre liquide, celui-ci n'étant pas toxique. Chez l'enfant, nous en avons donné 200, 300 et jusqu'à 500 grammes par jour ; chez l'adulte, le double, afin de réaliser une suffisante imprégnation de l'intestin. Les malades prennent le liquide aux repas comme boisson *exclusive*. (LAUFER et R. BOURGEOIS. *Gazette des hôpitaux.*)

LE 3e CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE

Le 3e Congrès international d'hygiène scolaire s'est terminé samedi dernier. Grâce à l'autorité de son président le Dr Mathieu, grâce à l'inlassable activité du secrétaire général le Dr Dufestel, cette réunion scientifique obtint un succès indiscutable. Pouvait-il en être autrement ? N'est-il pas urgent de sauvegarder tout particulièrement l'hygiène infantile à la période scolaire, à ce moment où l'enfant quitte sa famille pour pénétrer dans une classe souvent surpeuplée, mal aérée. Le Sous-Secrétaire d'Etat, venu présider la séance de clôture n'a pas hésiter à incriminer la responsabilité de ces municipalités qui sous prétexte d'économies, compromettent la santé et l'avenir des écoliers.

Un congrès de ce genre a un but éminemment pratique. Au milieu des affirmations, aussi nombreuses que diverses et discordantes, émises sur l'hygiène scolaire, il est bon que des praticiens, des savants et des maîtres se réunissent pour codifier, les règles hygiéniques, pour mettre au point les questions dont es citoyens et les pouvoirs publics feront leur profit.

Trois importantes questions ont été discutées dans les séances plénières. L'une d'elles concernait la délicate question de la préparation et du choix du médecin scolaire. Jusqu'ici trop souvent le choix du médecin inspecteur des écoles s'est fait avec légèreté : des considérations diverses influençaient les autorités chargées du recrutement. Dorénavant, celles-ci sauront que le médecin d'hygiène doit être familiarisé avec les questions de médecine infantile, posséder les qualités d'un hygiéniste, être versé dans les questions de sociologie, de pédagogie, avec la capacité de les enseigner lui-même. C'est là l'opinion excellemment exposée par les Drs Méry et Dufestel.

A ces réunions plénières, les congressistes ont aussi discuté la question de la fiche scolaire. Le Dr Mathieu l'a brillamment défendue en démontrant que le carnet médico-pédagogique à une utilité primordiale.

L'éducation sexuelle de l'enfant a donné lieu à de longues et originales discussions. Si tous les maîtres et les médecins sont d'accord pour en proclamer la nécessité, les avis sont variés en ce qui concerne la manière de la donner. En réalité la discussion n'a pas amené un résultat pratique, et il faut en chercher la cause dans l'erreur que l'on commet à vouloir systématiquement instituer un enseignement uniforme. Pour mettre un enfant dans une classe, l'on se base à tort, sur l'âge chronologique alors que l'âge physiologique doit seul entrer en ligne de compte. Certains enfants sont plus ou moins avancés pour leur âge, quelquefois même leur retard sexuel est considérable ; serait-il convenable de les entretenir des questions sexuelles ? La réponse s'impose d'elle-même.

A côté des réunions plénières, avaient lieu dans douze sections des discussions sur de nombreux rapports tous fort étudiés et présentés par des spécialistes de tous les pays. Des vœux nombreux y furent émis et tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène scolaire feront bien de lire les developpements qui les ont motivés.

***

Dans la séance finale le Président a donné lecture des vœux, qui ont été choisis par le Comité pour être soumis à l'approbation de tous les congressistes. Les voici :

Le Congrès émet le vœu que l'enseignement de l'hygiène scolaire soit donné en tant qu'enseignement spécial, dans toutes les écoles destinées à former des maîtres.

Que cet enseignement soit donné par des médecins et soit sanctionné par des examens.

Que la société des médecins des écoles de Paris nomme une commission chargée d'étudier et de codifier les instructions qui doivent être données aux médecins scolaires et aux instituteurs, en insistant sur la nécessité de donner des règles simples, précises et faciles à suivre.

Que des dossiers sanitaires individuels d'un type uniforme soient établis dans toutes les écoles : fiches de santé plus simples pour les externats, carnets de santé plus détaillés pour les internats.

Que l'éducation physique soit donnée obligatoirement dans tous les établissements d'enseignement (garçons et filles) et sur des données uniformes.

Que des terrains de jeux soient réservés par les municipalités aux enfants.

(Ce dernier vœu se compose lui-même d'une série de propositions).

Que les règles sur l'isolement et sur la prophylaxie des maladies contagieuses soient formulées par une commission où figureraient les médecins-inspecteurs d'école.

Que la puériculture avant la naissance, pendant la gestation et après la naissance soit enseignée à tous par des médecins. Cet enseignement serait obligatoire dans les écoles de filles.

Avec regret, il faut constater que le Comité n'a pas cru devoir soumettre à l'Assemblée générale au moins un vœu par section. Certaines sections ont été démesurément favorisées et à tous il semblait qu'on ait accordé plus d'importance à ceux qui formulaient les conclusions qu'aux conclusions elles-mêmes.

Les vœux concernant les terrains de jeux auraient pu être considérablement écourtés pour faire place à d'autres.

Certains vœux sur l'enseignement de la puériculture ne concernent pas à proprement parler l'hygiène scolaire.

Sans doute la constitution du Comité est victime des règlements, puisque n'y figure pas au moins un membre du bureau de chacune des sections. Quoi qu'il en soit les vœux de certaines sections non représentées ont paru sans importance ou tout au moins d'une importance moindre.

Nul vœu concernant l'hygiène intellectuelle de l'écolier n'a retenu l'attention générale et cependant le choix était facile !

Considérons par exemple les travaux de la dixième section où a régné une activité véritablement extraordinaire.

Le vœu qui demandait l'organisation de l'enseignement spécial des anormaux en faisant ressortir son utilité morale et sociale eût mérité les honneurs de l'Assemblée finale.

Le journal « *Le Radical* » dans son article éditorial (6 août) écrit ces mots : « Une question que le Congrès international d'hygiène scolaire aurait dû mettre à son ordre du jour est celle de la jeunesse criminelle. Elle est d'une singulière actualité ». Précisément le professeur Régis (de Bordeaux) et le sénateur Beauvisage étaient venus l'un de Bruxelles, l'autre de Toulouse, pour entretenir la section de l'utilité pressante d'organiser pratiquement l'éducation des anormaux afin d'enrayer le flot croissant de la criminalité infantile. Tel est le but pratique que visait notre vœu, dont l'utilité sociale est demeurée inaperçue des membres du Comité insuffisamment renseigné.

Cette observation, de ma part, n'est pas une critique mais une invitation à réformer le règlement pour les réunions futures. La perfection n'est jamais atteinte !

***

J'ajoute pour terminer que matériellement le Congrès a été merveilleusement organisé. Je n'ai pas constaté cette incohérence de la première heure si souvent rencontrée ; tous les services généraux fonctionnaient régulièrement, les congressistes avaient de larges espaces pour évoluer. Les fêtes ont été très appréciées et ce n'est que justice. La fête d'Enghien offerte par les médecins-inspecteurs des Ecoles de la ville de Paris a été le clou de ces réunions ; que les Drs Cayla et Butte, dont l'amabilité et l'activité ont été au-dessus de tout éloge, me permettent de leur adresser les félicitations de tous.

Je n'oublie pas de signaler une intéressante et instructive exposition d'hygiène qui va encore attirer de nombreux visiteurs. C'est là une leçon de choses qui vient illustrer le IIIe Congrès d'hygiène scolaire. Dr G. PAUL-BONCOUR.

XXe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de langue française. (Bruxelles, Août 1910).

Le XXe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes s'est ouvert à Bruxelles, le 1er août, sous la double présidence de MM. CROCQ, pour la Belgique, et KLIPPEL, pour la France, avec M. DECROLY, comme secrétaire général.

Trois questions avaient été mises à l'ordre du jour.

PREMIÈRE QUESTION

La maladie du sommeil et les narcolepsies.

Titre un peu étrange et qui déconcerte au premier abord ! On s'étonne, en effet, de trouver associés dans un même objet d'études, d'une part, la maladie du sommeil des nègres, maladie infectieuse et dont le principal intérêt réside en mesures prophylactiques régionales, et, d'autre part, le groupe des narcolepsies, assemblage artificiel de divers sommeils pathologiques dont la nature et la pathogénie sont assurément fort différentes.

Aussi les rapporteurs se sont-ils tout simplement divisé la tâche, de sorte que ce sont à peu près deux questions différentes proposées à la discussion.

— M. *Van Campenhout*, professeur à l'Ecole de médecine tropicale de Bruxelles, présente le premier rapport, sur la *Maladie du sommeil proprement dite*.

Cette affection, qui sévit d'une façon endémique et épidémique dans l'Afrique, occidentale et centrale parmi la population nègre, sans respecter d'ailleurs les Européens, est due au *trypanosome gambiense*, flagellé de 17 à 28 μ de long, qui est inoculé, dans l'immense majorité des cas, par la piqûre de la mouche tsé-tsé, ou *glossina palpalis*.

L'évolution clinique se divise en trois périodes :

La première période est caractérisée par les symptômes d'infection sanguine : hypertrophie ganglionnaire, tuméfaction du foie et de la rate, fièvre, œdèmes, éruptions.

Dans la deuxième période, apparaissent les signes de méningomyélite et de méningo-encéphalite, en tête desquels vient la somnolence invincible qui donne son nom à la maladie. Les sujets contaminés sont pris de crises de narcolepsie irrésistibles, surtout après les repas. Ces crises deviennent de plus en plus fréquentes et impérieuses, jusqu'au moment où le patient tombe dans une torpeur continue et profonde d'où rien ne peut le tirer. Les autres symptômes d'altération nerveuse centrale les accompagnent : ptosis par paralysie des releveurs des paupières, faiblesse et parésie musculaires, tremblements, troubles de l'équilibre, etc. ;

Enfin la troisième période, de cachexie marastique, conduit le malade à la mort, dans le coma.

Le meilleur traitement de la maladie du sommeil consiste aujourd'hui en injections de 0,50 centigrammes d'atoxyl, deux fois par semaine, poursuivies durant trois mois et reprises trois mois après, même sans rechute.

Les trypanosomes disparaissent du sang dans les six ou douze heures qui suivent l'injection.

Mais, dans la lutte contre l'affection, c'est assurément la prophylaxie qui mérite le plus d'importance. Eviter les régions préférées de la glossine, c'est-à-dire les végétations touffues et les bords de rivière, les détruire, comme on a tenté de le faire, au moyen de pièges en glu, empêcher la propagation de la maladie par des mesures sanitaires sévères, telles sont les indications sur lesquelles insiste avec compétence M. Van Campenhout à la fin de son rapport.

M. J. Lhermitte (de Paris) consacre plus particulièrement son rapport à l'étude des *Narcolepsies*.

Et d'abord, qu'est-ce que la narecolepsie ? Envisagée en soi, elle n'est qu'une crise de sommeil, plus ou moins profond, impérieuse, invincible, ne différant du sommeil naturel que par ce fait que le sujet ne peut s'y soustraire et qu'il survient aux moments les plus variables.

Ceci nous dispense de décrire ses symptômes, bien connus par notre expérience propre.

Mais il faut distinguer — et M. Lhermitte y insiste avec raison — la narecolepsie de la syncope vulgaire, de l'absence, du coma, de la confusion, de la stupeur, bien que dans maintes circonstances une démarcation très nette ne soit pas très aisée.

La narcolepsie constitue-t-elle une entité morbide, une maladie propre, existe-t-il une narcolepsie idiopathique ? Nos tendances actuelles en neuropathologie nous poussent à répondre négativement à ces questions.

Nous ne pouvons guère concevoir le sommeil paroxystique que comme un syndrome révélateur d'une perturbation nerveuse relevant d'ailleurs de causes très différentes. Et, en fait, nous rencontrons le sommeil pathologique dans les affections les plus variées : tumeurs cérébrales, polio-encéphalite supérieure aiguë, méningites, intoxications du diabète, de l'urémie, de l'insuffisance hépathique, thyroïdienne, épilepsie, psychoses et névroses diverses.

Cette copieuse énumération même nous montre combien il serait malaisé d'assigner à la narcose morbide une place autonome en nosologie.

Quant à son mécanisme pathogénique, il est presque superflu d'en risquer même une esquisse.

Empruntant au sommeil normal ses caractères essentiels, le sommeil pathologique devra trouver dans le sommeil normal son explication. Or, sur la physiologie du sommeil, sur les actes intimes qui se passent dans l'organisme d'un sujet endormi, nous ne savons à l'heure actuelle encore rien. Aussi, tant que ne sera par résolue cette énigme, toutes les interprétations des narcolepsies ne seront qu'hypothèses fantaisistes et théories sans fondement.

DISCUSSION

— *M. Raphaël Blanchard* (de Paris). Contrairement au parasite de la fièvre intermittente qui vit dans le globule sanguin et décharge périodiquement dans le plasma ses produits de désassimi-

lation qui provoquent la fièvre, le parasite de la maladie du sommeil vit dans le plasma et le charge ainsi d'une façon continue et progressive de toxine hypnogène ; de là la narcose permanente et croissante de cette affection.

— M. *Régis* (de Bordeaux) constate que, dans nombre d'états pathologiques, survient le sommeil invincible : syphilis, insolation, artério-sclérose, dont le rapporteur n'a pas fait mention.

En réalité, la maladie du sommeil ressemble singulièrement à la paralysie générale, avec cette différence que les lésions encéphaliques suivent immédiatement la période toxique et confusionnelle, tandis que dans la paralysie générale l'encéphalite ne suit que longtemps plus tard la période secondaire de la syphilis.

M. Régis croit qu'au lieu de distinguer la narcolepsie des autres formes de sommeil pathologique (somnolence, coma, etc.), il y aurait plus d'intérêt à les rapprocher, au contraire, comme autant de degrés d'un phénomène physiologique de même nature.

Tous ces accidents sont en somme des sommeils pathologiques, malgré leur aspect semblable au sommeil normal. Ils sont dus très probablement à des intoxications, sans que la constitution psychopathique du malade y joue un rôle prédominant.

— *M. Martin* (de Brazzaville) rapporte qu'on a pris dans le Congo français les mêmes mesures prophylactiques qu'au Congo belge. Il se rallie aussi aux opinions de M. Régis et assimile la maladie du sommeil à la paralysie générale. Il insiste sur la période prodromique de l'affection que tous les médecins coloniaux devraient bien connaître, parce que les malades y commettent souvent des actes délictueux imputables à leur état mental.

— *M. Dessez* (de Paris) reproche à M. Lhermitte d'avoir admis une hypnose névropathique indépendante de l'hystérie. Les deux sont identiques : même origine suggestive, même guérison par suggestion, mêmes signes extérieurs. On doit donc les confondre et admettre que seuls les hystériques sont susceptibles d'être endormis.

— *M. Meige* (de Paris) dit qu'on ne saurait, à l'heure actuelle, être assez prudent pour apprécier tous ces faits d'hystérie et d'hypnose. Lorsqu'on les soumet au contrôle, on trouve en effet presque, sinon toujours, qu'il s'agissait de simulation.

—*M. Dupré* (de Paris) appuie ces opinions et estime que toutes ces simulations s'inspirent de l'esprit mythomatique des malades.

—*M. Binet-Sanglé* (de Paris) admet l'origine toxique du sommeil, mais, en raison d'expériences faites sur le cerveau, y joint l'anorexie comme élément causal.

— *M. Claparède* (de Genève) croit que le sommeil est une fonction active de l'organisme, semblable à la miction, réaction de défense de l'individu. Le critère du caractère pathologique du sommeil est fourni par la notion d'intérêt de l'individu. Est normal, tout sommeil qui lui profite ; est anormal, tout sommeil qui lui nuit, qui n'est pas adapté, aux conditions du moment.

— *M Granjux* (de Paris). A mesure qu'on connaît mieux la maladie du sommeil, les excitations cérébrales du début de l'affection sont signalées avec plus de fréquence.

Aussi sommes-nous portés à croire qu'elles sont assez importantes pour faire de la première période de la trypanosomiase une sorte de période « médico-légale ». Durant cette période, en effet, sont accomplis des actes délictueux, attribués souvent, faute d'un diagnostic précis, à la paralysie générale.

Des exemples de plus en plus nombreux commencent à être recueillis de tous côtés. Aussi paraît-il nécessaire : 1° d'attirer tout spécialement l'attention sur ces troubles mentaux chez les blancs, qui peuvent entraîner, soit leur renvoi, soit leur comparution en justice ; 2° de rechercher chez tous les sujets ayant séjourné dans une région à trypanosomiase et présentant des troubles psychiques, l'existence de l'agent infectieux.

— *MM. Martin et Ringenbach* (de Brazzaville) insistent sur les troubles psychiques dans la maladie du sommeil.

L'aliénation mentale trypanosomiasique a pour type clinique fondamental la confusion mentale se développant sur un fond démentiel très marqué. Aussi se traduit-elle essentiellement par une torpeur cérébrale constante, allant jusqu'à la stupeur, au sommeil et au gâtisme, par de l'obturation mentale, par de l'amnésie soit actuelle, soit rétro-antérograde, par de la désorientation, par du délire onirique hallucinatoire et par des états catatoniques très nets. Cette forme, la plus constante et la plus commune, s'accompagne fréquemment d'états délirants accessoires et surajoutés, « mais absurdes, mobiles, contradictoires, incohérents », et comprenant : 1° des variétés dépressives mélancoliques ; 2° des variétés expansives ou mégalo-maniaques (délire des grandeurs) ; 3° des variétés circulatoires ou maniaques dépressives dans lesquelles il y a succession plus ou moins régulière d'états maniaques et d'états mélancoliques.

Les hallucinations visuelles, auditives, gustatives, olfactives, les idées fixes, les obsessions, ne sont pas rares chez les trypanosomés et créent chez certains d'entre eux du délire plus ou moins systématisé (délire de persécution).

Les impulsions fréquentes les plus communes sont les tendances à la fugue, à l'ambulomanie. On rencontre également, mais plus rarement, des impulsions au vol, au vampirisme, à l'homicide, à l'incendie et au suicide. Elles ont un caractère plus ou moins irréfléchi, subit, spontané, dément, suivant le degré d'affaiblissement mental du malade.

— *M. Thiroux* (de Paris) insiste à son tour sur la nécessité d'un diagnostic exact de la maladie du sommeil, afin d'instituer le traitement par l'atoxyl.

Chez des malades non traités, il a pu constater qu'alors que le sang n'est plus infecté et renferme des anticorps, on trouve encore les trypanosomes dans le liquide céphalo-rachidien.

— *M. Demouchy* (de Paris) estime, à propos des narcolepsies, que, si l'on a bien étudié le passage dans le sommeil, on n'a pas attaché au réveil toute l'importance utile.

Nombre de gens paraissent éveillés et dorment partiellement : Savoir les réveiller, tout est là !

— *M. Farez* (de Paris) raconte comment il a pu réveiller une femme d'Alençon, sujette à de grandes crises nerveuses, et qui dormait depuis 40 jours. Il a procédé par les étapes suivantes :

1° Transformation du sommeil pathologique en sommeil narcotique ;

2° Transformation du sommeil narcotique en sommeil hypnotique ;

3° A la faveur de ce dernier, réveil par suggestion.

La malade s'est réveillée lentement et progressivement. Elle est amnésique, et sa rééducation fonctionnelle est presque tout entière à refaire, principalement au point de vue musculaire.

— *M. Chartier* (de Paris) rapporte deux observations de crises de narcolepsie dans la sclérose en plaques. (*A suivre*).

ANALYSES

Nouveau pansement d'évidés, Paul Bourlors (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.*).

On sait quelles difficultés présentent les pansements d'évidés. La pratique généralement suivie est celle dont Lermoyez a posé les règles en 1907 au congrès international de Madrid : tamponnement méticuleux et méthodique. Ce procédé d'ailleurs était tellement long qu'un grand nombre d'auristes acceptèrent avec enthousiasme le procédé d'Eemann qui substitue au tamponnement l'insufflation d'acide borique dans la cavité. Mais pour éviter d'atroces douleurs aux malades, il est nécessaire de recourir à la chloroformisation.

Ce que l'on se propose dans un pansement d'évidé « c'est l'épidermisation complète de la cavité artificielle creusée dans le rocher en conservant intégralement la forme primitive de cette cavité » (Stacke). Pour obtenir ce but et simplifier l'ancien procédé de pansement, Bourlois emploie la solution suivante :

Savon de soude......	} ââ 60 grammes
Savon de potasse....	
Huile d'olive........	
Eau distillée...........	1 litre

La technique est la même que pour tous les pansements de ce genre : c'est dire que l'asepsie doit être rigoureuse.

En outre il importe de toucher le moins possible à la plaie, de façon à ne pas la traumatiser. Le moindre traumatisme aurait pour effet d'empêcher la régularité de l'épidermisation. A ce point de vue, un des avantages du pansement préconisé par l'auteur est de ne jamais adhérer à la plaie. Une précaution importante à prendre est de faire les pansements à intervalles réguliers.

On se rend ainsi compte des progrès de l'épidermisation. Simple, indolore, désodorisant, ce pansement produit un

bourgeonnement lisse et uniforme ; il mérite donc d'être signalé à l'attention des auristes. A. R. SALAMO (Paris).

Contribution rhinométrique à l'étude de la respiration nasale ; par le Dr FOY. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.*)

L'auteur passe en revue les différents procédés d'exploration de la respiration nasale. Ces procédés peuvent être classés en deux groupes. Procédés par rhinométrie indirecte dans lesquels on étudie la vapeur d'eau, fonction de la respiration nasale ; procédés par rhinométrie directe étudiant la pression ou le volume aux deux temps de la respiration.

Plaque de Glatzel. — C'est un procédé de rhinométrie indirecte. Il consiste à recevoir sur un miroir la vapeur d'eau expirée. De la forme des taches et de leur comparaison on conclut à l'état de la fonction respiratoire. Glatzel recommande de placer la plaque horizontalement au dessous de la sous-cloison du nez. L'auteur s'est livré à une série d'expériences qui lui ont permis de modifier l'appareil de Glatzel. Le nouvel appareil de Foy, que celui-ci appelle atmorhinomètre, comprend également un miroir comme dans la plaque de Glatzel. Mais à ce miroir est adjointe une vitre qui permet de conserver longtemps les taches en la superposant avec le miroir. Cette vitre permet également de décalquer les taches. En outre, Foy dispose sa plaque non plus horizontalement comme celle de Glatzel mais avec une forte inclinaison en bas et en avant. Ainsi on enregistre en longueur et en largeur le jet de vapeur d'eau sorti de chaque fosse nasale.

Rhinographie. — C'est un procédé de rhinométrie directe. Basé sur le principe des tambours de Marey, il comprend une ampoule qui, introduite dans le nez, subit les variations de pressions dues à l'inspiration et à l'expiration. Ces variations sont transmises à un cylindre enregistreur. C'est là une excellente méthode, mais elle n'est pas d'un emploi clinique bien facile. Cette méthode a permis de constater qu'à l'état normal : 1° la puissance inspiratoire est plus grande d'un tiers que la puissance expiratoire ; 2° que la durée de l'expiration est à peu près le double de la durée de l'inspiration.

Enfin par la rhino-spirométrie on mesure le volume de l'air inspiré par les fosses nasales. Un excellent appareil et pratique est le spiromètre de Verdin Boulitte qui est précis au centième. A. R. SALAMO (Paris).

La prothèse métallique du crâne ; par Pierre SÉBILEAU. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.*)

La prothèse métallique du crâne a-t-elle des résultats durables et l'économie peut elle conserver sans les rejeter les pièces métalliques employées pour la consolidation des tissus et des os ? C'est à cette question que répond l'auteur en s'appuyant sur trois cas personnels et un certain nombre d'expériences faites par son élève Lemerle. Le premier malade porte depuis 7 ans une plaque d'or à la place de la paroi antérieure du sinus frontal. Les deux autres sont d'anciens craniectomisés chez lesquels on a fait la réparation de la brèche de craniectomie. Jamais les résultats de ces prothèses ne se sont démentis.

L'opération comporte d'abord la dissection du cuir chevelu, puis le dénudage soigneux de l'os sous-jacent et enfin la fixation de la plaque : c'est là évidemment le temps difficile ; il nécessite l'intervention d'un prothétiste habile. La plaque doit être modelée ; elle possède à sa périphérie une série de crans que l'on enfonce dans une série de petits trous creusés sur le pourtour de la brèche. Des différents métaux que l'on peut utiliser, l'or et l'argent semblent être les meilleurs. L'argent possède cette remarquable propriété d'entrer en contact intime avec les tissus adjacents. Pour rendre plus intime encore ce contact, les plaques se trouvent creusées d'un certain nombre de trous. Mais encore faut-il que les trous ne soient ni trop nombreux, ni trop rares : trop rares ils ne rempliraient plus leur office ; trop nombreux ils occasionnent un phénomène analogue à celui que l'auteur observa chez un de nos malades. Ce malade avait eu les cartilages nasaux enfoncés. L'auteur lui mit un squelette nasal en or. Peu à peu le squelette fut éliminé sans suppuration et par une rétraction lente des tissus qui laissèrent bientôt complètement découvert tout le squelette artificiel.

Pratiquée dans les conditions qui viennent d'être indiquées, la prothèse métallique du crâne est efficace, inoffensive et durable : elle mérite donc d'être tentée le plus souvent qu'il est possible. Voulant d'ailleurs se rendre compte de la tolérance des tissus vis-à-vis des corps étrangers. Sébileau et son élève Lemerle firent des inclusions, dans des os, de ciments mastics ou amalgames employés en chirurgie pour combler les grandes cavités ostéomyélitiques. L'auteur est arrivé à cette conclusion que ces plombages sont parfaitement tolérés quand on a eu soin de nettoyer avec beaucoup de précaution la cavité.

A. R. SALAMO (Paris).

Fausses affections pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngienne ; par MM. Henri ABOULKIR. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.*)

Les trois grands symptômes des affections pulmonaires : toux hémoptysies, accidents respiratoires, peuvent avoir pour origine des affections naso-pharyngiennes. On conçoit combien facilement les erreurs peuvent être commises dans ces cas.

La toux persistante, quinteuse, spasmodique, peut avoir pour cause un développement exagéré de la luette. Il faut noter d'ailleurs que le malade ne ressent aucune gêne dans la gorge. Les accidents respiratoires ont tout à fait le type des crises d'asthme : suffocations nocturnes avec peu ou pas d'expectoration muqueuse. Ces accidents respiratoires peuvent reconnaître pour cause des polypes de la région ethmoïdale, ou une hypertrophie des cornets inférieurs. Quant aux hémoptysies, elles sont fréquentes et sont dues à la fragilité particulière des muqueuses naso-pharyngiennes.

L'auteur rapporte ensuite quatorze observations. Ce sont à peu de chose près des cas semblables : un malade se persuade être atteint de tuberculose ou d'asthme. Des crises de toux, des hémorragies semblent confirmer ce diagnostic. Mais un examen plus attentif montre une affection quelconque d'origine naso-pharyngienne : une cautérisation, une section de la luette au galvano-cautère, ont vite fait de rendre au malade la santé. D'ailleurs il y a des cas plus compliqués : c'est ainsi que chez certains malades il y a superposition d'une affection pulmonaire vraie et d'une affection pharyngienne : ici il faut savoir déterminer la part qui revient à chaque maladie. Mais ces cas sont rares et beaucoup plus souvent il s'agit de rétablir son diagnostic, quand la tuberculose paraissait être en jeu.

A. R. SALAMO (Paris).

Deux observations de strumites suffocantes aiguës mortelles ; par MM. BINET et HEULLY. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.*)

La mortalité dans les cas de strumites a un chiffre assez élevé, d'après les anciennes observations de Lebert. Les auteurs apportent deux nouvelles observations dont l'une est particulièrement intéressante par la rapidité d'évolution de la maladie.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme âgée de 23 ans qui possède un goitre depuis l'âge de 16 ans. A 20 ans, sous diverses influences congestives surviennent des accidents de compression trachéale. A 23 ans, cette femme devient enceinte et les accès dyspnéiques augmentent à ce point que l'on doit pratiquer la trachéotomie. Malgré cette intervention la malade succombe. L'autopsie montra des lésions de strumites congestives sans aucune suppuration. D'ailleurs il était impossible d'attribuer à une infection quelconque l'augmentation de volume du corps thyroïde car la malade resta constamment apyrétique. L'étiologie est donc restée assez obscure.

Chez le second malade, les accidents ont été foudroyants. Ce malade possédait depuis plusieurs années un goitre du volume d'une noix. A la suite d'une angine érythémateuse, le goitre augmente brusquement de volume et devient de la grosseur de deux poings. En 10 heures à peine, le malade meurt asphyxié. L'autopsie montra une congestion viscérale intense et un goitre volumineux en voie de dégénérescence kystique. La pathogénie de l'asphyxie terminale est dans ce cas assez facile à établir. L'infection provenait évidemment de l'amygdalite érythémateuse que ce malade avait présentée. D'ailleurs la rapidité des accidents ne permit pas à l'infection de s'établir.

A. R. SALAMO (Paris).

Un cas d'empoisonnement par le véronal ; par le Dr Rosendorff. (*Berlin. klin. Woch.*, 1910, n° 20, p. 934).

On a signalé sous le nom de véronalisme des cas d'intoxication par le véronal produits non pas par une trop haute dose du médicament, mais par un emploi trop longtemps prolongé. (Dobrschansky, Landenheimer, Kress, Steinitz et Hippe). Il s'agissait toujours de malades prenant du véronal depuis des mois. Très divers étaient les symptômes : état d'ivresse, incertitude de la marche, tremblement des mains, bégaiement, exanthème, chute de poids et anémie, oligurie avec hématoporphyrisme et urobiline, réflexes exagérés, réflexes pupillaires paresseux. Dans un cas (Kress), la mort survint dans un état d'épilepsie chez une hystérique qui prenait chez elle depuis près d'un an 0 gr. 5, 1 gr. 0, 2 gr. 0 de véronal.

Les cas d'intoxication aiguë sont assez semblables à ceux d'intoxication chronique. Törnlaib rapporte le cas d'un homme de 54 ans qui, dans un but de suicide prit 8 à 10 gr. de véronal. Au bout de 2 h. 1/2 : coma, cyanose, perte du réflexe cornéen. pupilles moyennement dilatées, réflexes paresseux, respiration superficielle, fréquente, p. 84. Mort au bout de 24 heures.

L'auteur observa aussi un cas d'empoisonnement volontaire d'un couple par le véronal, le 4 décembre, l'homme qui avait la veille absorbé 5 gr. de véronal faisait l'impression d'un homme ivre. Sur la poitrine existait un érythème étendu ; ses réponses étaient cependant sensées, les pupilles réagissaient rapidement, réflexes vifs, battements du cœur normaux.

La femme était dans un profond coma, les extrémités paraissaient flasques ; réflexes disparus. Pas de réaction à la piqûre. Réflexe cornéen diminué, mais les pupilles réagissent. Respiration superficielle 44. Pouls 130, regulier, fort, bruits du cœur normaux. T. 38,3, 38,8.

Le 5 décembre : coma encore plus profond. Quelques râles à la partie inférieure des poumons. L'urine (200 gr. par cathétérisme) contient une trace d'albumine, pas de sucre, pas d'indican, ni d'hématoporphyrisme, véronal présent. Le 6 décembre, sort du coma, mais retombe dans un profond sommeil, après avoir demandé un peu de nourriture, amélioration progressive. Le 12 décembre, quand elle se leva, la malade fut prise au bout d'un 1/4 d'heure, de vertiges, nausées et frissons.

Température normale. Le véronal fut décelé dans l'urine jusqu'au 6e jour. La pression sanguine était le 5 décembre 10 cm. kg. puis monta à 12.

L'examen du sang montra le 5 décembre 90 % d'hémoglobine 4.220.000 globules rouges, 16.000 leucocytes, (90 % polynucléaires, 6 % lymphocytes, petits et grands), 4 % formes de transition, pas d'éosinophiles.

Dans ce cas manquait un symptôme assez fréquent, l'exanthème qui varie d'intensité depuis l'érythème jusqu'au pemphigus (Wolters).

Burnier.

Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann ; par les Drs Mulzer et Michaelis. (*Berlin. klin. Woch.*, 1910, n° 30.)

Chez 44 nourrissons avec syphilis, c'est-à-dire avec symptômes cutanés ou muqueux récents, les auteurs trouvèrent 42 fois une réaction de Wassermann positive, et 2 fois une réaction négative. On peut donc dire que dans la syphilis congénitale récente, on trouve une réaction positive dans 95, 6 % des cas. Quelques cas sont intéressants : Un enfant de 2 mois, 3 semaines après la lésion de la syphilis, donna une réaction négative, alors donc qu'il n'existait aucun signe de syphilis. L'examen avait été fait parce que la mère présentait une immobilité pupillaire et que le père était dans un asile d'aliénés pour un ramollissement cérébral. Ce n'est que lorsque survinrent les manifestations syphilitiques que la réaction devint positive. De même un autre enfant examiné parce que ses 2 frères plus âgés étaient syphilitiques, donna une réaction négative. Ce n'est que plus tard lorsqu'un coryza s'installa, que le Wasserman devint positif. Inversement un enfant donna une réaction positive, alors qu'il n'existait aucun signe spécifique.

Chez 7 enfants âgés de plus d'un an qui avaient des signes manifestes de syphilis héréditaire, la réaction fut 6 fois positive. 1 fois négative. De ces enfants, 3 avaient une kératite parenchymateuse. 2 des plaques muqueuses des amygdales, 1 des gommes et 4 des condylomes et lésions. 44 enfants avec syphilis héréditaire latente furent examinés. La réaction fut 26 fois positive (59 %) et 18 fois négative. Il n'y a aucun rapport exact entre l'absence de réaction et les dates cliniques quelconques ; ni l'âge de l'enfant, ni le temps écoulé depuis les dernières manifestations ni le dernier traitement, ni la durée du traitement n'ont une influence manifeste sur la réaction, les syphilitiques latents, traités plus souvent qu'une fois (16 enfants) donnèrent autant de réactions positives que de négatives (8 : 8). En somme, plus de la moitié (59 %) des enfants hérédo-spécifiques latents donnèrent une réaction positive.

Au point de vue de l'influence de la cure syphilitique sur la syphilis héréditaire, 19 enfants ont été examinés ; sur 6 seulement qui avaient une réaction positive, 2 fois, il fallut un traitement répété pour donner une réaction négative. Chez les enfants hérédo-spécifiques, on n'obtient pas facilement une réaction négative par le traitement.

Les mères de nourrissons et de nouveau-nés syphilitiques réagissent positivement (90 à 100 %) : les femmes qui avaient engendré des enfants syphilitiques dans les 4 dernières années, réagirent positivement dans la même proportion que les syphilitiques latents.

Chez des enfants nés de mères syphilitiques et sans symptômes on trouva aussitôt après la naissance une réaction négative, qui devint positive quelques semaines post partum, le plus souvent après l'apparition de manifestations syphilitiques un peu avant.

Burnier.

BIBLIOGRAPHIE

La rachicentèse, par MM. Ravaut, Gastinel, Velter. (Œuvre médico-chirurgical ; monographie, n° 66. Masson, éditeur.)

Les auteurs donnent le nom de *rachicentèse* à la soustraction de liquide céphalo-rachidien faite dans un but thérapeutique. Ils envisagent la ponction sous un jour nouveau, laissant volontiers de côté tout ce qui a trait aux questions cytologiques, chimiques, etc.

Le rôle que peut avoir l'évacuation lombaire n'avait pas été jusqu'ici suffisamment mis en relief et son action n'était signalée que dans des faits isolés. Les auteurs n'ont pas cherché à les grouper seulement : ils ont étudié, discuté, précisé les indications et la technique de la rachicentèse dans toute une série d'affections.

Ils divisent leur monographie en dix chapitres : Traumatisme du crâne et du rachis ; Méningites aiguës, tuberculeuses séreuses ; Intoxications ; Tumeurs cérébrales et abcès ; Hydrocéphalies ; Syphilis et parasyphilis ; Psychoses et épilepsie ; Affections auriculaires ; Affections cutanées et hypertension artérielle. Ils montrent dans chacun de ces chapitres quels résultats peut produire la rachicentèse et ils en discutent la valeur.

On lira avec un vif intérêt les effets remarquables obtenus par soustraction de liquide céphalo-rachidien dans les *traumatismes anciens ou récents du crâne et du rachis*, et, dans tous les cas de *processus méningés hypertensifs*. Les *hydrocéphalies* qui ne sont pas définitivement constituées sont justiciables de cette thérapeutique et les auteurs insistent sur son importance dans l'hydrocéphalie de l'hérédosyphilis. Ils étudient avec détails des cas personnels et fort curieux d'*amblyopies* sans lésions du fond de l'œil, lié à un état d'hypertension vasculaire et céphalorachidienne, améliorés brusquement par la ponction. Un chapitre intéressant est consacré aux effets de la rachicentèse dans les *affections auriculaires* et particulièrement *labyrinthiques*. Enfin, d'après des recherches personnelles, ils signalent les résultats heureux obtenus sur certaines dermatoses, le *lichen de Wilson* spécialement.

Cette monographie, écrite avec une compétence toute particulière, est claire, précise. Non seulement elle représente un gros travail de mise au point, mais elle jette un jour nouveau sur la ponction lombaire, trop longtemps considérée seulement comme moyen diagnostique et qui doit être maintenant regardée et étudiée comme un agent thérapeutique puissant.

Benjamin Bord.

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur l'hypertrophie et l'atrophie du thymus (1);

Par M. René CRUCHET,
Médecin des hôpitaux, agrégé de l'Université de Bordeaux.

Quand je commençai en 1900-1901, étant interne chez le professeur Moussous, à étudier le thymus chez l'enfant, on s'occupait alors assez peu de cette glande. Ma statistique avec autopsies, qui date de cette époque, et dont j'ai déjà publié une partie (2), se base sur 77 cas. Je n'en retiendrai aujourd'hui que quelques considérations ayant trait à l'hypertrophie du thymus, d'une part, et à son atrophie, d'autre part.

En ce qui concerne *l'hypertrophie*, j'avoue ne pas être convaincu de son action exclusive sur le développement des accès thymiques caractérisés par de la dyspnée, du stridor ou du cornage, prédominant à l'inspiration, phénomènes suivis parfois rapidement de cyanose et de mort subite. Sans doute, les cas de compression de la trachée, publiés par M. Marfan, sont des plus probants à ce point de vue, mais ils doivent constituer des exceptions. Je crois que le volume et le poids ne jouent, dans cette question, qu'un rôle contingent. C'est ainsi que pour M. Veau, il suffit d'enlever par la thymectomie 2 à 3 grammes de glande fraîche pour obtenir la cessation des accidents; M. Marfan estime qu'au-delà de 15 gr. la crise peut survenir, et dans les deux cas qu'il a publiés, le poids du thymus atteignait 31 et 22 grammes. Mais comment expliquer alors que les tumeurs du médiastin antérieur, si souvent d'origine thymique, puissent arriver à prendre des développements considérables sans provoquer d'accidents? Comment expliquer en particulier, dans le cas de Rocaz, chez un enfant de 4 ans, dont je fis l'autopsie, qu'un énorme thymus de 200 gr. mesurant 12 cm. de large, 10 cm. de haut et 4 cm. d'épaisseur, ait pu repousser et envelopper la trachée sans la comprimer ?

J'avoue que mes préférences ont toujours penché en faveur de l'origine nerveuse des accidents. M. Marfan objecte qu'au cas de paralysie récurrentielle, le passage d'un tube à travers les muscles dilatateurs paralysés, devrait faire cesser l'asphyxie — ce qui n'arriva pas dans les cas qu'il rapporte. Mais il n'y a pas que les récurrents à considérer. Dès 1901, c'est-à-dire bien avant MM. Rieffel et Le Mée, j'avais insisté sur les rapports du thymus avec les pneumogastriques et les phréniques surtout à gauche, ainsi qu'avec un petit nerf thymique situé sur le même plan que les vaisseaux mammaires internes, et non décrit jusqu'alors; MM. Rieffel et Le Mée ont également signalé depuis les rapports de cette glande avec un autre nerf, le nerf cardiaque inférieur droit. La compression de ces différents nerfs n'est-elle pas suffisante pour expliquer les accidents thymiques ?

Evidemment, on peut faire à cette théorie les mêmes objections qu'à la précédente. On ne s'explique pas bien comment de très gros thymus peuvent moins comprimer et moins irriter les nerfs que des thymus de volume moyen ou même de petits thymus ; pourtant, nous savons que de petits goitres ou de petits anévrysmes aortiques provoquent parfois des accidents plus graves que les goitres et les anévrysmes volumineux, et on peut en dire autant des thymus de petit poids.

(1) Communication au 1er Congrès de l'*Association française de pédiatrie*, Paris, séance de 29 juillet 1910.
(2) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre 1901.

Cette compression nerveuse ne peut cependant s'appliquer à tous les cas considérés. Et je me demande si le thymus est toujours pour quelque chose dans l'éclosion de ces accidents, et s'il ne traduit pas fréquemment un état d'asphyxie au lieu de le provoquer. Je remarque en effet que, dans ma statistique, tous les thymus qui atteignent ou dépassent 9 grammes — je compte sur 77 cas, 10 thymus de 9 à 16 gr. — ont été trouvés à l'autopsie de sujets morts de maladies de l'arbre aérien s'accompagnant de gêne respiratoire : croup, tuberculose pulmonaire, pneumonie et broncho-pneumonie. Je suis également frappé de la grande importance que donne M. Marfan aux bronchites dans l'intensité des accidents thymiques. Si l'on remarque, d'autre part, que, dans ces cas, le thymus est toujours extrêmement congestionné, comme du reste, toutes les parties de l'appareil respiratoire, n'est-on pas en droit de penser que le thymus ne fait que se mettre au diapason des autres parties de l'arbre aérien auxquelles il est annexé ? Il est donc permis de croire que, dans bien des cas, tout au moins, son rôle comme *primum movens* est tout à fait contestable.

— En ce qui concerne l'*atrophie* du thymus, ma statistique est conforme, de façon générale, aux données des auteurs. Je l'ai rencontrée à la suite de longues et chroniques maladies, en particulier à la suite de l'athrepsie. Selon le moment de l'évolution de la maladie où l'on examine le thymus, on y constate, au point de vue histologique, toutes les transitions depuis la sclérose légère jusqu'à la sclérose généralisée la plus dense. Voici, par exemple, un exemple de forme légère dont l'examen a été fait par MM. Sabrazès et Dupérié. Je le transcris textuellement :

Thymus d'enfant de 6 jours. —Athrepsie. — Le poids est de 2 gr. Les lobules sont bien dessinés : le tissu conjonctif qui les sépare forme des tractus fins. On ne trouve pas de cavités kystiques ni abcédées ; les lobules, avec leurs bosselures folliculaires, ont leur morphologie habituelle ; les lymphocytes prédominent ; les cellules du réticulum sont à l'arrière-plan et rarement sessiles.

Les lymphoblastes sont peu nombreux ; on ne voit pas de réaction myéloïde. Le tissu épithélial se présente sous l'aspect de corpuscules de Hassal ; leur nombre ne semble pas exagéré : la plupart ont leur disposition concentrique typique, parfois avec une petite fente ou cavité centrale irrégulière. A côté de ces corpuscules de Hassal nous trouvons aussi quelques bandelettes de tissu épithélial en plasmodium, d'où se différencient, sur les bords, des cellules prismatiques ou cubiques, très variables de forme, les uns à gros noyaux ovales pauvres en chromatine, d'autres à noyaux fusiformes très chromatiques. Ces bandelettes épithéliales sont non évoluées en corpuscules de Hassal ou flanquent latéralement de tels corpuscules : elles sont tout à fait exceptionnelles.

Dans le tissu conjonctif interlobulaire, on note quelques mastzellen. On trouve un corpuscule de Hassal devenu kystique ; il ressemble un peu grossièrement à une capsule de Bowmann par ses bords et à un glomérule par son contenu rétracté seminécrosé, rempli de débris picnotiques de noyaux fragmentés.

Exceptionnellement on trouve quelques mastzellen au sein des lobules. Pas de phénomènes de macrophagie.

Voici maintenant, par contre, un autre cas chez un nourrisson d'un an, athrepsique, où la sclérose thymique était beaucoup plus accentuée. Cette sclérose est généralisée, à tout le thymus qui pèse 2 grammes et si les éléments lymphocytiques sont à peu près normaux, les corpuscules de Hassal sont en train de subir, de ci de là, la transformation kystique.

Il faut ajouter que cette sclérose thymique ne se rencontre pas exclusivement dans l'atrophie de cette glande.

Certaines maladies aiguës, les broncho-pneumonies par exemple, provoquent parfois, en même temps qu'une réaction congestive de l'organe, une réaction scléreuse qui peut être très intense. En voici un exemple chez un bébé de 20 jours chez lequel le thymus pesait 5 gr. Je transcris la note qui m'a été remise par MM. Sabrazès et Dupérié :

Les lobules sont plus petits, plus morcelés que normalement sans que le tissu interstitiel ait gagné en épaisseur ; il paraît être surtout plus découpé, plus ramifié que dans la première observation ci-dessus décrite.

Même prédominance des lymphocytes du type petit avec lymphoblastes assez peu nombreux. Reticulum peu apparent, sans macrophages en activité ; quelques leucocytes polynucléés, situés çà et là, non loin des vaisseaux, quelquefois même émigrés en plein tissu.

Il y a relativement peu de corpuscules de Hassal, plutôt moins que plus, par rapport à la normale. Macrophages excessivement rares.

Dans quelques corpuscules de Hassal, on trouve quelques leucocytes polynucléés immigrés, à noyaux en souffrance. Les corpuscules, quoique petits, sont élevés, tendant à la transformation kystique. Le nombre des mastzellen est élevé dans les travées conjonctives ; on trouve des polynucléaires.

En somme thymus d'infecté. Les leucocytes polynucléaires sont hématogènes ; il n'y a pas de réaction myéloïde, pas de bande de tissu épithélial indifférencié. La polynucléose se marque également dans les lumières vasculaires.

La densité des lymphocytes s'accuse, çà et là, dans les lobules et les follicules : il y a là des points de germination plus marqués que normalement.

Il peut même arriver que le thymus avec une sclérose très dense soit plus gros que la normale : il en était ainsi chez un nourrisson de 1 an et 10 mois, mort de broncho-pneumonie et chez lequel le thymus pesait 7 gr. 5.

Ce fait est donc en concordance avec l'hypothèse de M. Marfan qui rapproche l'atrophie scléreuse du thymus de son hyperplasie simple et pense que les causes de la seconde peuvent aussi produire la première. Suivant l'intensité de la toxi-infection, et la vitalité plus ou moins vive de la glande, elle s'hypertrophie ou s'atrophie : c'est là une réaction générale bien connue des tissus et des glandes surtout.

Dans un autre cas concernant un enfant de 4 mois mort également de broncho-pneumonie et dont le thymus pesait 3 gr. 5, c'est-à-dire un poids sensiblement normal, on est frappé de constater, en plus d'une sclérose marquée une transformation kystique générale des corpuscules de Hassal.

Pour MM. Sabrazès et Dupérié qui ont réuni tout un lot de thymus hérédo-syphilitiques, sur lesquels ils préparent un important travail, il faut beaucoup se méfier de l'hérédo-syphilis dans les cas de ce genre.

La méthode de Beck dans le traitement des fistules viscéro-cutanées non tuberculeuses ;

Par

F. JACOULET, Interne des hôpitaux de Paris.

et

P. MALMÉJAC, Assistant de radiologie à l'Hôtel-Dieu.

La méthode de Beck ou bismuthage des trajets fistuleux a surtout été employée dans les suppurations de nature tuberculeuse ; si la méthode a donné d'excellents résultats entre les mains des trois frères Beck, elle ne semble pas avoir eu beaucoup de succès dans les cas de Dujarier, Nové-Josserand et Rendu, Dor et Leriche, Berard, etc.

Nous avons expérimenté la méthode des injections bismuthées chez un certain nombre de malades du service de notre maître M. le Dr Guinard, et envisageant dans cet article le traitement des fistules viscéro-cutanées non tuberculeuses, il nous a paru intéressant de rapporter en détail deux observations : l'une de fistule appendiculaire ancienne guérie en quinze jours, l'autre d'abcès fistuleux du foie guéri en vingt-quatre heures.

Obs. I. — D..., 22 ans, chauffeur.

Entre le 12 février, salle Saint-Côme, n° 36.

Il y a huit ans, le malade fit une crise d'appendicite grave avec péritonite enkystée.

Un abcès de la fosse iliaque droite fut incisé par le docteur Studer (de Vernon).

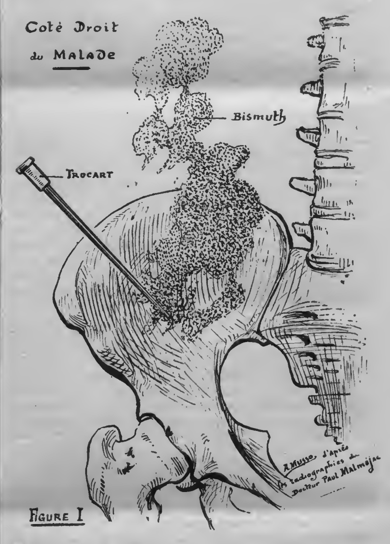


Figure I

Par les deux drains qui plongeaient dans la fosse iliaque furent faits des lavages de la cavité de l'abcès ; les drains progressivement raccourcis furent enlevés au bout de deux mois et la cicatrisation de la paroi se fit normalement.

Jusqu'en juin 1909, le malade reste en bonne santé ; il ne ressent aucune douleur dans la région appendiculaire.

A cette époque, nouvelle poussée d'appendicite avec péritonite plastique déterminant un empâtement notable dans la fosse iliaque droite.

Il fut soigné cette fois à l'hôpital Saint-Jacques et au cours de sa crise appendiculaire présenta des signes de pleurésie du côté droit.

Sort de l'hôpital Saint-Jacques le 14 août et rentre à Vernon.

Le 18 août, les phénomènes douloureux reparaissent et le 30 apparaît un petit abcès à la partie moyenne de l'ancienne cicatrice.

Le docteur Studer incise cet abcès, mais n'évacue qu'une cuil-

der à bouche de pus crémeux ; une sonde cannelée montre que le trajet s'étend profondément dans la fosse iliaque. Drainage prolongé.

Au mois de novembre, le malade entre à nouveau à l'hôpital Saint-Jacques, parce que la fistule continue à suppurer.

Sous anesthésie, on pratique le curettage du trajet et on installe un nouveau drainage.

Malgré tout, la fistule ne se ferme pas ; de temps en temps l'orifice se recouvre d'une croûte, mais la rétention purulente se fait au-dessous.

Entre le 12 février 1910, salle Saint-Côme, n° 36.

On voit sur la paroi abdominale, dans la fosse iliaque droite, la cicatrice d'une incision de Roux, longue d'environ 8 cm., large de 3.

A la partie moyenne de la cicatrice, on voit un orifice fistuleux, à bords plats et violacés, par lequel s'écoule un liquide séro-purulent. L'abondance de l'écoulement varie beaucoup, mais à aucun moment il n'est sorti ni gaz, ni boulettes fécales par l'orifice.

Il n'y a pas de phénomènes douloureux ; la fosse iliaque est souple, se laisse profondément déprimer et la pression fait sourdre du liquide purulent, non fétide.

Un trocart à paracentèse introduit par l'orifice pénètre presque verticalement, un peu obliquement en dedans jusqu'à une profondeur de 6 cm.

Le 13 février, on injecte 15 cc. de pâte de Beck à 33 p. 100, l'injection est indolente ; on l'arrête lorsque la pâte reflue par le trocart.

Le 14, suintement sanguinolent et élimination d'une partie de la pâte bismuthée.

On fait une injection de 8 cc. et on pratique immédiatement la radiographie.

Examen radiographique (fig. I). Incidence normale au niveau d'une ligne passant par le promontoire et en son centre ; on voit que la bouillie bismuthée, quoique poussée par le trocart en bas et en dedans, a rempli une cavité irrégulière située dans la région du cæcum et du côlon ascendant. La masse bismuthée est plus dense dans les deux tiers inférieurs. A la partie supérieure, le bismuth est irrégulièrement diffusé comme s'il infiltrait des logettes limitées par d'anciennes adhérences, communiquant entre elles par de petits pertuis.

Les jours qui suivent l'injection, il n'y a pas d'ascension thermique ; aucun signe d'intoxication.

Localement, il se produit un suintement séreux et à chaque pansement, on trouve sur les compresses un petit dépôt de pâte de Beck.

Le 21, deuxième injection bismuthée avec une pâte plus consistante :

Sous-nitrate de bismuth.................	30 gr.
Cire....................................	5 gr.
Paraffine à 49°.........................	5 gr.
Vaseline................................	20 gr.

On injecte 15 cc. sous pression et on fait une nouvelle radiographie.

Examen radiographique (fig. II). On voit que la masse bismuthée se présente sous une forme beaucoup plus homogène et que les diverticules de la partie supérieure de la poche ont disparu.

A la suite de la 2e injection, la suppuration se tarit rapidement.

Le 27, la compresse est à peine tachée et la pression de la fosse iliaque en tous sens ne fait pas sourdre de pus au niveau de l'orifice.

Le 28, la compresse est sèche.

Opération. — Elle est pratiquée par notre maître, M. le Dr Guinard. Une incision elliptique circonscrit l'orifice cutané de la fistule ; le péritoine incisé, on trouve le cæcum qui est en rapport immédiat avec la paroi abdominale. En suivant une des bandelettes cæcales, on arrive sur l'appendice qui contient un calcul dur et dont le sommet se perd dans une poche rétro-cæcale remplie de pâte bismuthée.

L'appendice est sectionné au niveau de son insertion cæcale et on essaye d'en dégager le sommet : celui-ci est collé sur la paroi de la poche bismuthée et s'ouvre dans cette poche.

Celle-ci ouverte, toute la pâte bismuthée, restée molle et diffluente comme de la crème, s'échappe. On met un petit drain et on suture la paroi en trois plans.

Suites opératoires : Normales ; la température s'élève à 38° les jours qui suivent et retombe progressivement à la normale.

Légère infection pyocyanique vers le 10e jour. Alcool.

Le malade sort en bon état au bout de 21 jours.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs chefs. Par les injections bismuthées nous avons pu obtenir en quinze jours la guérison d'une fistule datant de six mois et n'ayant pu être fermée jusque-là malgré les pansements les plus soignés et un curettage du trajet.

D'autre part, ayant tari le foyer suppurant, l'intervention a pu être conduite d'une façon aseptique ; la pâte bismuthée restée molle et diffluente remplissait la cavité de l'abcès appendiculaire ancien ; il était intéressant d'ensemencer des parcelles de cette pâte ; c'est ce que

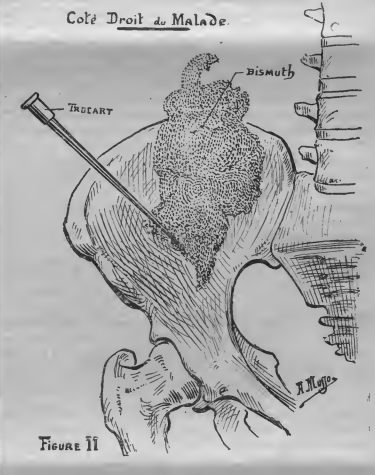


Figure II

nous avons fait ; malheureusement les résultats de l'ensemencement ne peuvent guère être pris en considération : la culture a fourni du bacille pyocyanique (?)

Nous avons pu recueillir quelques cas de fistules appendiculaires traités par la méthode de Beck.

Par la pâte bismuthée, Péraire (1) a guéri une petite fistule stercorale survenue six jours après une intervention laborieuse pour appendicite et annexite.

Lippens (2) a présenté à la polyclinique de Bruxelles un cas de fistule appendiculaire analogue au nôtre.

Il s'agissait d'un malade opéré deux ans auparavant d'une appendicite phlegmoneuse, traitée par incision et drainage de l'abcès ; l'affection évolua normalement vers la guérison ; toutefois le trajet ne parvint pas à se fermer et tous les agents thérapeutiques, iode, eau oxygénée, etc.

(1) Péraire. — Société des chirurgiens de Paris, 20 mai 1910.
(2) Lippens. — *La Polyclinique de Bruxelles*, n° 13, 1910.

auxquels on eut recours n'amenèrent aucune amélioration ; dès qu'on supprimait le drainage, apparaissaient des phénomènes de rétention.

L'orifice fistuleux était constitué par un ombilic cutané profond de un centimètre ; la sonde introduite dans le trajet se portait en arrière, en dehors et un peu en haut, et atteignait à 22 centimètres de profondeur l'os iliaque recouvert d'une couche musculaire.

Lippens fit une première injection de 30 grammes de pâte bismuthée à 30 p. 100 ; cette première injection fut suivie cinq jours plus tard d'une seconde injection de 100 grammes. Cinq injections furent ainsi faites de 8 jours en 8 jours et la guérison fut obtenue en 50 jours.

Les injections de pâte bismuthée peuvent donc donner de bons résultats dans le traitement de fistules, reliquats d'abcès appendiculaires.

Par contre dans les véritables fistules stercorales, les quelques tentatives de « bismuthage » ne semblent pas avoir été couronnées de succès. Nové-Josserand et Rendu (1) ont eu un échec complet dans un cas de fistule stercorale, laissant, il est vrai, passer cent à cent cinquante grammes de matières fécales en vingt-quatre heures.

Nous-même, chez un malade présentant une large fistule stercorale de la fosse iliaque droite et un vieil abcès pulmonaire fistuleux, avons obtenu la guérison de la poche thoracique, mais n'avons pu fermer la fistule stercorale : la pâte bismuthée passant dans l'intestin aussitôt après l'injection.

Au point de vue pratique, deux points doivent être mis en évidence si on veut obtenir de bons résultats de la méthode de Beck. Les injections de bouillie bismuthée ne doivent pas être répétées fréquemment : une injection par semaine suffit.

D'autre part, le bismuthage doit être absolument proscrit dans le cas de lésions suppurées récentes.

Le cas de Reich (2) est un exemple typique des accidents auxquels est exposé le malade si on pratique des injections bismuthées dans une poche abcédée récente et par conséquent absorbante.

Chez un homme de 29 ans, Reich ouvrit un gros abcès a pus fétide d'origine appendiculaire ; douze jours après l'opération et sept jours après la chute complète de la courbe thermique, il fit dans le trajet suppurant laissé par le drain une injection de 25 centimètres cubes de la pâte de Beck à 30 p. 100.

Dans les jours qui suivent l'injection, la température s'éleva à 38°4, puis à 40° ; le quatrième jour apparut une stomatite intense avec liséré noirâtre ; en même temps le malade présentait du délire, de la dyspnée, de l'albuminurie. La mort survint au bout de dix jours ; à l'autopsie, pratiquée sept heures après la mort, on trouva un peu de pus blanchâtre en rétention dans le fond de l'abcès, la paroi de la poche, les anses intestinales voisines, étaient noirâtres ; le sang était laqué et tous les viscères, foie, rate, rein, intestin présentaient une sidérose abondante.

Cette observation d'intoxication bismuthée mortelle montre bien les précautions à prendre si on veut éviter tout accident. C'est sur ce point qu'insiste E. Beck (3) dans un article récent.

Jamais il ne faut essayer de « couper » par des injections de pâte bismuthée les lésions suppurées récentes ; au contraire dans les vieilles cavités, les vieux trajets fistuleux, à parois épaisses, sclérosées, l'absorption est peu à craindre et les risques d'intoxication nuls.

Si, néanmoins, les signes d'intoxication apparaissent, il faudra procéder à l'évacuation de la masse bismuthée. L'ablation de la pâte à la curette est dangereuse, car on risque d'ouvrir de nouvelles voies à l'absorption ; néanmoins c'est à ce procédé que de Fourmestraux et Lissonde (1) ont eu recours avec succès.

Il vaut mieux, d'après Beck, injecter dans la cavité ou le trajet pathologique de l'huile d'olive chaude et stérilisée ; on provoque ainsi une émulsion qu'on pourra retirer au bout de 24 heures par aspiration. C'est évidemment la conduite à tenir dans le cas des fistules viscéro-cutanés.

Obs. II. — Br..., Joseph, âgé de 40 ans, entre le 11 janvier 1910 dans le service de M. Petit, salle Saint-Charles, n° 17.

En 1906, c'est-à-dire vers l'âge de 35 ans, le malade va à Madagascar et y séjourne deux ans et demi.

Pendant les deux premières années de son séjour, il ne présente aucun trouble de la santé ; mais à la fin de 1908, il accuse une série de symptômes gastro-intestinaux, douleurs dans la région épigastrique, vomissements bilieux, anorexie, diarrhée avec vives coliques.

Les phénomènes douloureux se localisent dans la région de l'hypochondre droit ; à aucun moment le malade n'a présenté d'ictère franc, mais seulement une légère teinte jaunâtre des conjonctives.

Il entre à l'hôpital mixte de Majunga où on porte le diagnostic d'abcès dysentérique du foie.

Une ponction exploratrice ramène du pus ; immédiatement et sous anesthésie, on incise le 9e espace intercostal.

Une collection purulente d'environ un litre est évacuée. Drainage.

Immédiatement après l'intervention, l'état du malade s'améliore : les phénomènes douloureux s'amendent, l'appétit et les forces reviennent rapidement.

On fit une série de lavages de la cavité de l'abcès ; les drains, progressivement raccourcis, sont enlevés au bout de trois semaines.

Br.... sort de l'hôpital au bout de 35 jours : la plaie thoracique est presque complètement cicatrisée.

Quinze jours plus tard, le malade est pris de coliques violentes, il a des envies fréquentes d'aller à la selle, mais sans qu'il y ait une diarrhée abondante : les selles liquides contiennent surtout du mucus sanguinolent.

Il fait un nouveau séjour de 15 jours à l'hôpital de Majunga, on lui conseille de rentrer en France.

Pendant toute l'année 1909, le malade présente des crises dysentériformes qui l'obligent à garder le lit. Ces crises durent 3 ou 4 jours et s'accompagnent d'une sensation de pesanteur, de tension dans la région hépatique.

C'est au moment d'une de ces crises douloureuses qu'il entre, le 11 *janvier* 1910 dans le service de M. Petit.

A ce moment, on constate un endolorissement de toute la région de l'hypochondre droit, avec maximum de la douleur au niveau du 9e espace intercostal.

Néanmoins le foie n'est pas augmenté de volume. Pas d'ictère.

Rien à signaler du côté de la rate, des poumons, du cœur.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le traitement consiste en un lavement purgatif qui amène une selle abondante : les coliques disparaissent au bout de 24 heures.

Le 12 et 13 janvier, l'amélioration s'accentue ; le malade souffre beaucoup moins de son côté et seulement par intermittences. Apyrexie.

Le 15 janvier, la température s'élève à 38°6 et le malade ressent une douleur très vive au niveau de sa cicatrice ancienne, dans le 9e espace.

On ne constate rien localement et l'ascension thermique reste

(1) Nové-Josserand et Rendu. — *Lyon chirurgical*, 1909, p. 609.
(2) Reich. — *Beitrage z. klin. Chir.*, T. LXV, nov. 1909.
(3) Beck. — *Zentralblat f. Chir.* T. XXXVII, n° 16, avril 1910.

(1) De Fourmestraux et Lissonde. — *Archives médico-chirurgicales de province*, n° 6, 1910.

inexpliquée jusqu'au 19 janvier, où on s'aperçoit qu'il existe une petite collection purulente, douloureuse, développée au niveau de la cicatrice intercostale.

Une petite incision pratiquée au point culminant de la tuméfaction donne issue à environ 30 c.c. de pus épais, non fétide, couleur chocolat.

Dès le lendemain le malade se trouve très soulagé ; la fièvre disparaît ; un liquide séro-purulent coule par l'incision.

Le 23 janvier, le malade est passé dans le service de M. Guinard, salle Saint-Côme, lit n° 30.

Etat général. — Homme bien constitué, vigoureux ; on ne relève rien d'anormal du côté des différents appareils. Pas de fièvre.

Examen local. — Au niveau du 9e espace intercostal droit, sur la ligne axillaire, on voit une cicatrice linéaire, longue de 7 à 8 centimètres, absolument souple, très peu déprimée.

A la partie moyenne de cette cicatrice, on voit un orifice fistuleux laissant suinter un liquide épais et jaunâtre.

Un stylet introduit dans l'orifice pénètre et se meut dans une cavité dont le maximum de profondeur atteint 5 à 6 cm.

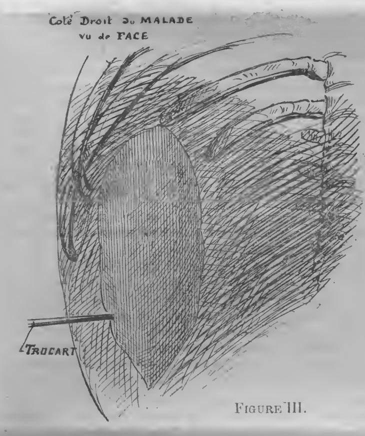


FIGURE III.

Le foie n'est ni gros, ni douloureux.

Aucun point douloureux costal.

On décide d'essayer chez ce malade la méthode de Beck.

Le 31 janvier, on introduit un gros trocart à paracentèse dans l'orifice fistuleux ; on évacue une centaine de grammes d'un pus épais, lie de vin, non fétide.

Pour rendre l'évacuation aussi complète que possible, on fait faire au malade des mouvements d'inspiration forcée : l'écoulement de pus se fait plus abondamment et plus rapidement à ce moment.

La pâte injectée contenait 30 p. 100 de sous-nitrate de bismuth :

Sous-nitrate de bismuth................	30 gr.
Vaseline..................................	60 gr.
Cire blanche............................	5 gr.
Paraffine à 49°.........................	5 gr.

A l'aide d'une seringue en verre, stérilisée, on injecte par le trocart 60 centimètres cubes environ de pâte bismuthée ; l'injection ne détermine qu'une sensation de tension, mais pas de douleur véritable.

Radiographie. — Elle est pratiquée quelques minutes après l'injection. Les rayons tombent à incidence normale au milieu d'une ligne allant de la ligne blanche au rebord costal ; le temps de pose est de quinze minutes.

Sur l'épreuve radiographique (fig. III) on voit très nettement une tache sombre à bords nettement limités, ayant la forme d'un ovoïde à grand axe vertical et correspondant bien à l'injection bismuthée.

Accolée par son bord externe au rebord costal, cette masse ovoïde présente les dimensions suivantes :

Diamètre transversal : 4 cm. 5.

Diamètre vertical : 11 cm.

Les deux extrémités de ce dernier diamètre correspondent :

En haut, à la 9e côte (ligne scapulaire).

En bas, à l'extrémité de la 12e côte.

Par rapport au rachis, 10 cm. d'intervalle.

Le trocart, que l'on a laissé en place pendant la radiographie, atteint presque le pôle inférieur de l'ovoïde : il en est éloigné de 2 cm. 5.

Le reste du foie ne présente rien d'anormal. Néanmoins, en dedans de la partie bismuthée, le parenchyme hépatique présente un segment plus fortement ombré ; il est probable que cette partie plus foncée représente un parenchyme sclérosé, vestige de l'abcès hépatique ancien.

Dans les jours qui ont suivi l'injection de la pâte de Beck, le malade n'a présenté aucun phénomène anormal.

Pas de douleurs, apyrexie complète : aucun signe d'intoxication bismuthée, malgré la teneur élevée au bismuth de la masse injectée. Localement, pas une goutte de bouillie bismuthée n'est ressortie par l'orifice intercostal; aucun écoulement séreux ne s'est produit.

Au bout de six jours, le malade se lève, va et vient, très satisfait de son état.

Deuxième radiographie, le 20 février. — On voit encore les contours de la poche bismuthée, mais d'une façon beaucoup moins nette.

Revu le 10 mars, puis le 20 juin ; la guérison est parfaite.

Cette observation constitue un beau succès à l'actif de la méthode de Beck.

Chez ce malade, on n'aurait pu obtenir la guérison qu'au prix d'un drainage et de pansements prolongés pendant plusieurs mois, étant données les dimensions considérables de la poche intra-hépatique.

Par l'injection bismuthée, la guérison a été obtenue d'emblée, sans aucun phénomène d'intoxication ou de rétention purulente.

Ce bon résultat tient en grande partie à ce fait qu'il s'agissait d'une vieille cavité à parois sclérosées, nullement absorbantes ; le pus était dénué de virulence.

Présenté à la Société de chirurgie (1), le 23 février 1910, c'est-à-dire trois semaines après l'injection, le malade a été revu en parfait état en mai, puis en juin.

C'est, croyons-nous, la première fois que la méthode de Beck a été employée dans le traitement d'un abcès intra-hépatique ; elle nous a donné un résultat vraiment surprenant.

Ce serait s'avancer beaucoup que de considérer les injections bismuthées comme un moyen de traitement héroïque des cavités et trajets fistuleux non tuberculeux ; il nous paraît néanmoins hors de doute que la méthode de Beck constitue un procédé thérapeutique qui, appliqué judicieusement et prudemment, donne de bons résultats.

(1) GUINARD. — *Société de chirurgie*, 23 février 1910.



BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Agrégation.— Internat.

I. — Agrégation.

Depuis une quinzaine d'années que je lutte pour obtenir l'abolition du concours copie écrite ou du concours récitation pour le remplacer par le concours sur titres, je n'étais parvenu dans ce journal qu'à mériter l'épithète de raté et de jaloux (*Progrès médical*, 10 avril 1909, page 200). Il faut avouer que c'est insuffisant.

Mais les choses ont l'air de tourner un peu à mon avantage, je veux dire à l'avantage des idées que je soutiens.

M. Paul Carnot a bien voulu reproduire dans le *Progrès* du 9 juillet 1910, page 388, un article de M. Bernheim de la *Revue médicale de l'Est* où il se montre partisan de la suppression du concours.

Dans mes conférences, j'ai cité le premier article de M. Bernheim « De la suppression du Concours d'agrégation », *Revue médicale de l'Est*, 1908.

La conférence que j'ai faite à Paris contre l'agrégation le 5 décembre 1908 a été présidée par Emile Roux, membre de l'Institut.

Je lis dans le *Concours médical* du 10 juillet 1910, page 602 : « La vraie raison de notre infériorité dans l'enseignement, il faut la chercher dans l'Institution du Concours, celui de l'agrégation comme les autres », et cela sous la signature du prof. Ranvier, également membre de l'Institut.

Maintenant que les professeurs et les membres de l'Institut sont contre le Concours, on va finir par trouver que nos idées ne sont pas si stupides.

J'ai indiqué dans toutes mes conférences, dans mes articles, dans mes rapports aux Congrès des Praticiens que, pour voir fonctionner un recrutement de professeurs sans concours, il n'était nul besoin d'aller à l'étranger, et qu'il suffisait de jeter un coup d'œil sur le Collège de France, le Muséum, les 16 facultés des sciences et les 16 facultés des lettres. A l'étranger, j'ai fait connaître le recrutement des professeurs dans mon rapport au Congrès des Praticiens de Paris 1907 (volume I des rapports) page 55 ; ce que j'ai dit a été confirmé par le rapport de MM. Gross, Frœlich et Michel dans le *Bulletin de l'Association des membres du corps, etc.*, avril 1909.

Par suite, nous autres praticiens, nous avons dénoncé les défauts du concours, et nous avons indiqué le remède.

Pour faire bien comprendre notre pensée, qu'on me permette de prendre un exemple concret.

Une place de chirurgien est vacante à l'hôpital d'Evreux, petite ville de 15.000 habitants. L'administration fait connaître le fait dans les journaux médicaux et invite les candidats à présenter leurs titres.

Le *candidat* envoie ces titres, cela ne veut pas dire seulement qu'il a été stagiaire ou externe de tel hôpital, qu'il est chevalier du mérite agricole ou palmé — il s'agit de chirurgie — il pourra indiquer qu'il a été 2, 3, 4 ans interne ou assistant dans tel service de chirurgie, qu'il a eu à soigner, panser, opérer un tel nombre de malades, qu'il a profité des matériaux mis à sa disposition pour publier tel et tel cas, etc.

Le *jury*.— On a dit que la politique aurait de l'influence : il est facile d'éliminer les hommes politiques du jury ; — on a dit que les jalousies locales feraient éliminer certains candidats : on peut exclure du jury les chirurgiens de la région ; on a dit enfin que si les juges sont pris à Paris ils favoriseront les candidats qui auront été élèves de Paris, que si le jury est à Lyon, il favorisera les Lyonnais : il me semble que l'on peut obvier à cet inconvénient en nommant membre du jury un ou deux professeurs de clinique chirurgicale de chaque université ; les membres du jury coteraient les titres et travaux de chaque candidat et celui qui aurait obtenu le plus de points serait nommé. Rien n'est parfait, cependant cette combinaison ou une autre du même ordre peut donner une garantie suffisante d'impartialité aux candidats.

Résultat. — Celui qui ambitionnerait de devenir chirurgien d'hôpital ou professeur de clinique chirurgicale dans une école ou faculté, sachant que ces travaux comptent dans la balance, s'efforcerait d'acquérir la maîtrise suffisante de son art en le pratiquant d'abord sous les ordres d'un chef, en travaillant à prendre les observations et à opérer les malades du service où il serait ou interne ou assistant, peu importe que ce chef soit à Paris ou en province, soit professeur de faculté ou d'école ou bien simple chirurgien d'hôpital.

Le candidat nommé se mettrait avec ardeur à travailler dans son nouveau poste, parce qu'il sait que à Evreux, ce travail continu pourra compter demain pour sa nomination à un hôpital d'une ville plus importante : Nice, ou à une Ecole : Rouen ou à Faculté Nancy, par exemple.

Dans chaque nouveau poste, il travaillera à acquérir de nouveaux titres pour arriver ainsi chirurgien des hôpitaux ou professeur de clinique à Paris.

Il en est ainsi dans la carrière des sciences ou des lettres, nous voyons souvent dans les journaux politiques que l'Académie des sciences a désigné pour un poste de professeur au Collège de France par exemple un professeur d'une universite de province.

Le général gouverneur de Paris n'a pas été toujours à Paris lieutenant, capitaine, commandant, colonel, général de brigade. Avant d'avoir ce poste à Paris, il a fait ses preuves souvent aux colonies ou dans différents régiments. Il devrait en être de même en médecine.

En résumé pour les candidats on voit que les gens studieux peuvent avoir des postes de plus en plus importants et qu'ils ont toujours intérêt à travailler sans cesse.

D'autre part nous voyons que les villes, les écoles ou universités, sachant qu'elles peuvent avoir d'autant plus de chance de posséder des chirurgiens de valeur qu'elles s'efforceront par une émulation naturelle de donner à ces mêmes titulaires pour les attirer un outillage de plus en plus complet, arriveront à perfectionner leurs installations, salles d'opérations, cabinets de radiologie, mécanothérapie, laboratoire, etc. C'est pour cela que M. le professeur Courmont dans un rapport sur une mission lyonnaise en Allemagne a pu noter la très belle installation des hôpitaux même dans des villes non universitaires. M. le professeur Courmont a oublié d'ajouter que tous les titulaires des services qui ont fait l'admiration de la mission étaient tous nommés sur titres sans concours.

La cause de notre infériorité, a dit Ranvier, est l'institution du Concours, celui de l'agrégation comme les autres.

Robert Sorel
de Dijon.

CHIRURGIE PRATIQUE

Examen d'une articulation malade ;

Par le Dr Anselme SCHWARTZ.

Lorsqu'on est appelé à examiner une articulation malade, il faut d'abord *regarder* attentivement cette articulation et le membre correspondant afin de noter les points suivants :

1° L'*attitude générale du membre* : suivant, en effet, qu'il existe de la flexion, de l'extension, une déviation latérale, un raccourcissement ou un allongement, on peut en tirer des conclusions utiles pour le diagnostic ;

2° Les *déformations locales* : soit un gonflement en un point normalement déprimé, soit une saillie plus ou moins proéminente d'une extrémité osseuse ;

3° Les *modifications de la couleur des téguments* : une ecchymose, par son siège, par son étendue, par le moment de son apparition; permet souvent de faire un diagnostic précis.

Après cette *inspection*, il faut *palper* la région malade.

Et d'abord il faut étudier les altérations des *parties molles* qui recouvrent la jointure : ainsi l'on trouvera soit une collection suppurée au voisinage d'une tumeur blanche — soit un épanchement sanguin à la suite d'une lésion traumatique.

On passe alors à l'exploration minutieuse des *extrémités articulaires* afin de noter : leur situation réciproque, leur volume, leur forme, leur sensibilité. Ce sont là autant de points dont l'importance peut être très grande dans la détermination du diagnostic.

Il est nécessaire enfin d'explorer la *synoviale articulaire*, voir si elle contient un épanchement dont il faudrait étudier l'abondance, le mode d'apparition — ou si au contraire elle est remplie de masses non fluctuantes, comme des fongosités. Il faut toujours explorer les points de réflexion de cette synoviale, où les lésions sont souvent plus accusées qu'ailleurs.

L'étude des mouvements doit suivre l'exploration physique.

Dans toute jointure il existe des mouvements spontanés et des mouvements provoqués : on recommande donc au malade d'exécuter d'abord les mouvements habituels de la jointure et l'on note leur degré de limitation. Puis on provoque ces mêmes mouvements et l'on note encore leur étendue. Il faut enfin essayer de déterminer des mouvements anormaux, dont l'existence a une importance capitale.

On pratique maintenant la mensuration du membre ; elle doit être faite avec la plus grande précision, car souvent elle donne un résultat contraire à ce que l'inspection semblait devoir indiquer ; là où à la vue il y avait un allongement *apparent*, la mensuration donne parfois un raccourcissement *réel*.

On termine l'étude de la jointure en examinant *les parties voisines*, en particulier *les muscles de l'extension* qui sont constamment atrophiés dans toutes les lésions articulaires et *les ganglions* qui reçoivent les lymphatiques de la jointure et dont l'atteinte peut avoir une importance grande pour le diagnostic de l'affection (1).

ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Le procédé de Momburg et ses dangers.

La méthode d'hémostase par compression élastique de l'abdomen, préconisée par Momburg en juin 1908, n'est pas absolument sans dangers, et Amberger (2) vient de signaler un cas de mort à la suite de ce procédé.

En quoi consiste cette méthode ?

Le malade anesthésié est placé en décubitus dorsal, en position de Trendelenburg, et à l'aide d'un garrot quelconque ou d'un gros drain en caoutchouc rouge, placé sous la région lombaire, on sangle lentement la taille.

On applique ordinairement un 2e et un 3e tour de garrot sur le 1er, en ayant soin de contrôler après chaque tour si le pouls fémoral persiste. On arrêtera la compression dès que ce pouls sera disparu. On noue alors les 2 bouts du garrot et on le fixe par une forte pince. Il est bon également de placer une bande d'Esmarch à la racine de chaque cuisse. Chez le sujet ainsi préparé, quand la « taille de guêpe » est suffisante, l'hémostase est parfaite dans la moitié inférieure du corps. On peut ainsi, absolument à blanc, faire une désarticulation de la hanche et les différentes opérations sur le membre inférieur. En obstétrique, cette méthode a également rendu des services en cas d'hémorragies utérines abondantes (placenta prævia, délivrance, etc.).

Mais cette méthode n'est pas sans dangers.

Jamais on n'a observé de troubles dus à la compression des *uretères* ou des nerfs, ces organes siègent trop profondément. L'*intestin* est le plus souvent indemne. Sur environ 200 constrictions faites jusqu'à présent, on n'a que rarement observé de la diarrhée après une constriction prolongée, et à l'autopsie on n'a pas constaté de lésions intestinales. Zur Verth (3) dit qu'une constriction de 86 minutes n'est pas capable de causer de lésions réellement sérieuses. Il s'agissait d'un garçon de 11 ans chez lequel on fit une résection de la hanche pour tuberculose, l'enfant mourut le lendemain. A l'autopsie, on trouva une portion de l'intestin rosée sur une étendue de 10 cm. et la partie correspondante du mésentère montrait une légère strangulation. Mais l'examen microscopique ne pouvait pas déceler la moindre thrombose : il n'existait pas de lésions intestinales sérieuses.

Plus importante est l'action sur le *cœur* et la *circulation.*

Il résulte des recherches sur le cadavre que le lien de constriction coupe toujours la colonne vertébrale exactement entre la 3e et la 4 lombaire. On comprime donc non seulement l'aorte, mais aussi l'artère mésentérique inférieure à son point d'émergence; la mésentérique supérieure naît en amont du point comprimé, mais en raison de sa direction oblique en bas, elle est aussi coupée par le garrot; la circulation est donc arrêtée à la fois dans les membres inférieurs et la masse intestinale. La conséquence en est une élévation considérable de la pression dans le système aortique. Rimann et Wolff ont vu chez des lapins la pression s'élever après l'application du lien, dans les 25 premières secondes, de 20 mm. de mercure ; après l'ablation la pression tombe en 5 secondes de 40 mm.

Cette *saute de pression* est naturellement très défavorable chez les artério-scléreux, les vieillards et cachectiques.

La méthode est donc contre-indiquée dans ces cas.

Zur Verth a vu aussi survenir un collapsus immédiate-

(1) Nous avons montré dans ce court exposé la façon d'examiner une articulation malade *en général* nous réservant d'étudier dans une série d'articles pratiques ultérieurs la méthode d'examen des différentes lésions articulaires *en particulier*.

(2) Amberger. — *Beit. für. klin. Chir.*, Bd. LXVI, Hft. 3.

(3) Zur Verth. — *Munch. med. Woch.* n° 4, 1910.

ment après la pose du lien. Trendelenburg a également observé 2 cas de collapsus graves, le lien étant encore en place, si bien qu'on dut l'enlever aussitôt.

Axhausen a signalé un cas de mort 9 heures après l'ablation du lien.

C'est également un cas de mort que rapporte Amberger chez un vieillard décrépit qui fut projeté d'une voiture et serré contre un mur ; 2 heures après l'accident on constata une tumeur grosse comme une tête d'enfant dans la région inguinale droite ; le pouls manquait au niveau de la poplitée et de la tibiale postérieure droites. On pensa à une déchirure des vaisseaux fémoraux. On appliqua le procédé de Momburg et on endormit le blessé avec l'appareil de Roth-Draeger. Après incision, les vaisseaux fémoraux parurent sains ; l'hémorragie semblait venir de quelques petites veines qui furent liées. L'anesthésie fut suspendue et le lien constricteur desserré. Immédiatement après l'ablation du lien, la respiration, normale jusqu'alors, cesse subitement, les battements du cœur continuent encore quelque temps pour s'arrêter complètement. Tous les moyens de reviviscence furent mis en œuvre sans résultat.

A l'autopsie, on constata que le psoas était très déchiré, l'artère iliaque externe, qui semblait saine, présentait une induration circonscrite et, à l'incision, on vit que l'endartère était complètement déchirée et obturait la lumière de l'artère, les 2 autres tuniques étaient saines. Dans la cavité pleurale, il existait 150 gr. de sang liquide, les poumons étaient œdématiés : on trouva une cuillerée à soupe de sérosité sanglante dans le péricarde ; cœur flasque. Pas de lésions cérébrales.

Amberger pense avec raison que, dans ce cas, la mort doit être mise sur le compte de la différence de pression artérielle qui survint après l'ablation du lien constricteur. C'est un exemple frappant de la contre-indication du garrot chez tous les sujets âgés, cardiaques ou cachectiques.

BURNIER.

XXe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

de langue française (Bruxelles, Août 1910).

(Suite) (1).

DEUXIÈME QUESTION

La systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses et mentales.

M. *Rose* (de Paris), rapporteur, a divisé ce travail en deux parties.

Dans la première, il étudie la systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses.

En effet, dans nombre d'affections nerveuses on rencontre des troubles sudoraux, vaso-moteurs, pigmentaires, pileux et trophiques se présentant avec une topographie systématisée.

Malheureusement, les lois qui président à cette systématisation sont encore bien obscures. Nous souffrons en particulier de l'ignorance totale où nous sommes quant aux territoires cutanés du sympathique. Ce ne sont donc que des opinions approximatives qu'il est permis d'adopter.

Les lésions des hémisphères cérébraux produisent des troubles divers, situés du côté opposé de la lésion.

Le pédoncule et la protubérance ne semblent pas posséder de centres sudoraux ou vaso-moteurs.

Dans le bulbe, les centres vaso-moteurs sont pairs et situés près des centres oculaires.

Les affections du sympathique cervical s'accompagnent de troubles sudoraux ou vaso-moteurs de la moitié de la face.

Quant à la moelle, ses centres sont encore mal connus et leurs lésions provoquent des troubles peu précis. En tout cas, on ne peut plus parler de systématisation, radiculaire ou spinale dans le sens de Brissaud, dont les faits n'ont pas vérifié l'hypothèse.

Dans la seconde partie, l'auteur étudie les lésions cutanées à systématisation nerveuse : nævi, purpura, éruptions diverses, sclérodermies, etc. ; mais de tous ces faits cliniques, aux allures très capricieuses, il n'est pas possible davantage de tirer de lois précises.

Bref, tout ce problème de systématisation est encore entouré d'inconnu.

— *M. Sano* (d'Anvers), rapporteur, constate à son tour combien nos connaissances anatomiques sont insuffisantes pour donner actuellement une explication certaine à beaucoup de lésions cutanées dont la dépendance à l'égard du système nerveux est cependant probable.

Il est un point évident, c'est qu'il faut éliminer des troubles trophiques cutanés, sous la dépendance du système nerveux, toutes les lésions dont l'origine remonte à la formation embryonnaire de la peau, avant même que le système nerveux n'ait eu d'influence sur elle. Nous savons, en effet, que les dermatomères, en s'étalant sur les bourgeons de croissance des membres, ne conservent pas toujours très exactement les mêmes limites. Ces dermatomères répondent-elles aux régions cutanées issues d'un même segment embryonnaire, tel que nous pouvons nous le représenter idéalement ? On ne le saura exactement que quand on aura en même temps retrouvé les territoires cutanés dont l'activité pilo ou sécréto-motrice répond par réflexe simple à l'excitation spécifique de la région sensitive.

Mais, si la topographie des circuits réflexes primitifs, sécréto, pilo ou vaso-moteurs, nous est si peu connue, il nous est bien plus difficile encore d'examiner s'il pourrait exister dans l'intérieur de la moelle des arrangements nouveaux, dont les atteintes détermineraient à la périphérie une répercussion différente de la lésion névritique, radiculaire ou nucléaire.

Si la conception de M. Brissaud, qui tend à nous expliquer certains faits cliniques d'anesthésie ou d'analgésie, par des arrangements intramédullaires différents des systématisations radiculaires ou périphériques, ne repose sur aucune preuve directe d'anatomie médullaire, il serait cependant exagéré de dire qu'elle n'est même pas justifiée par des preuves indirectes.

En définitive, il importe de retenir que les troubles trophiques doivent être rapportés bien plus à des lésions des voies motrices qu'à celles des voies sensitives.

C'est donc la connaissance des noyaux moteurs médullaires du grand sympathique qui doit nous mettre sur la voie des explications claires et compréhensives.

DISCUSSION.

M. **Meige** (de Paris), approuvant les opinions de M. Sano relatives à la théorie de M. Brissaud, regrette que M. Rose ne lui ait pas accordé dans son rapport la part qui lui revient.

M. **Parhon** (de Bucarest) rappelle qu'il a constaté des lésions médullaires à la suite d'interventions sur le sympathique. Il estime également que M. Rose a été trop sévère pour la théorie de Brissaud.

M. **Laignel-Lavastine** (de Paris) a obtenu expérimentalement des lésions médullaires à la suite d'interventions sur le sympathique. Il estime également que M. Rose a été trop sévère pour la théorie de Brissaud.

M. **Sano** répond que les expériences de section du sympathique sont sujettes à caution parce que les troubles vasculaires qu'elles provoquent suffisent déjà à produire de la chromatolyse dans les noyaux médullaires.

M. **Rose** répond que, même si les noyaux du sympathique étaient connus, nous ne serions pas plus renseignés après sur les territoires cutanés de ces noyaux.

TROISIÈME QUESTION.

Alcoolisme et criminalité.

MM. Aug. **Ley**, médecin en chef du Sanatorium du Fort-Jaco (Uccle) et René **Charpentier**, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, *rapporteurs*.

I. — Sociologie.

Influence de l'alcoolisme sur la criminalité. — Tous les auteurs reconnaissent à l'alcool une influence criminogène manifeste. De même ils constatent, dans la classification des délits alcooliques, une très grande proportion de délits et crimes brutaux.

(1) Voir le dernier numéro.

Le prof. Masoin, médecin de la prison de Louvain, déduit, d'une statistique s'étendant de 1874 à 1895, les conclusions suivantes : 1° l'alcool joue un rôle considérable dans la perpétration des crimes ; 2° ce rôle prend une importance croissante au fur et à mesure qu'on marche vers les hauteurs de la criminalité ; 2° ce n'est pas tant l'ivresse passagère qui paraît redoutable, c'est l'intoxication chronique, c'est l'influence persistante d'abus alcooliques invétérés qui s'accuse avec une netteté redoutable dans la genèse du crime.

Par contre, une enquête faite en Wurtemberg a montré que les trois cinquièmes des condamnés pour crimes alcooliques sont des individus qui ont eu une ivresse passagère le dimanche. Il ne s'agit donc pas seulement de l'ivrogne chronique, de l'être taré qui n'est plus qu'une nuisance sociale, mais de la déviation occasionnelle vers la criminalité du travailleur, de l'employé, de l'étudiant, sous l'influence d'un poison qu'on trouve en vente sous des couleurs alléchantes à tous les coins de rue.

Dupétiaux a montré que la criminalité a augmenté en Belgique parallèlement à la consommation de l'alcool. Celle-ci, de 1868 à 1882, est passée de 7 à 9 litres par tête d'habitant et la criminalité s'est élevée, durant cette même période, de 19 à 28,77 % de la population.

Dans les années de récolte abondante de vin la criminalité augmente, et cette constatation a permis à Lombroso de combattre le remplacement de l'alcool par le vin, ce remplacement étant prôné comme une mesure de prophylaxie alcoolique. Les boissons fermentées consommées seules sont parfaitement capables de donner les symptômes classiques de l'alcoolisme chronique.

Le facteur alcool est important, comme l'a montré Morel, dans la production des récidives, des viols, des attentats à la pudeur sur les enfants, des perversions sexuelles, de l'homicide, du suicide.

Beaucoup de ces données sont passées dans le domaine classique et la concordance entre les criminologistes au sujet de l'influence de l'alcool est à peu près parfaite.

On peut faire remarquer toutefois que l'alcoolisme, à des degrés plus ou moins profonds, est si répandu à notre époque que, le recherchant chez les criminels, on a toujours beaucoup de chance de le trouver. On le trouverait aussi chez bien des gens qui passent pour absolument normaux. Lorsqu'on songe aussi à la complexité du phénomène de la criminalité et à la difficulté qu'il y a de faire le départ exact entre l'influence héréditaire, l'influence du milieu social, de la misère, de la vie oisive, des suggestions mauvaises, et l'*alcoolisme*, on comprend que certains esprits critiques soient restés quelque peu sceptiques devant l'accumulation de faits pourtant considérable de la statistique et de la clinique criminelles.

Mais voici des faits précis, permettant d'isoler mieux le facteur alcool et établissant solidement l'influence de ce toxique dans la genèse du crime.

Le juge Otto Lang, de Zurich, a montré que les jours de la semaine où l'on boit beaucoup sont les jours où la criminalité par coups et blessures se montre la plus forte : sur 141 condamnations il a trouvé que l'acte avait été commis : le samedi, 18 fois ; le dimanche, 60 ; le lundi, 22 ; le mardi, 13 ; le mercredi, 11 ; le jeudi, 10 ; le vendredi, 7.

Le Dr Mathei (Dantzig) a signalé que sur 207 cas de coups et blessures observés pendant une période de six mois, 27,5 % se sont produits le dimanche ; 18,6 % le samedi ; 16.4 % le lundi, soit 62.8 % pour ces trois jours, les 37,2 restants étant répartis sur les autres jours de la semaine.

Lombroso a signalé que sur 2,178 crimes, 58 % avaient été commis le dimanche soir.

Aschaffenburg cite une statistique faite à Worms, s'étendant sur une période de quatre années. Les coups et blessures se répartissent comme suit : lundi, 125 ; mardi, 69 ; mercredi, 62 ; jeudi, 62 ; vendredi, 48 : samedi, 103 ; dimanche, 254.

Kürz, à Heidelberg, a rassemblé en dix mois 261 cas de coups et blessures dont 124 ont été donnés le dimanche, 54 le lundi et 20 le samedi ; les 63 autres se répartissant sur les autres jours de la semaine. Mais, de ceux-ci, 16 s'étaient produits encore à des jours fériés qui tombaient dans la semaine (fêtes religieuses, consécration d'église, etc.). Il ne revient que 34 aux jours ouvrables réels.

196 fois, les coups et blessures ont été portés après six heures du soir et dans la nuit ; le même nombre de fois le fait s'est passé au cabaret ou immédiatement après la sortie du cabaret ; 33 fois seulement il s'est produit au chantier de travail ; les autres fois en un lieu inconnu ou à la maison.

En Ecosse et en Irlande, on a vu les arrestations pour ivresse scandaleuse diminuer régulièrement avec le nombre d'heures d'ouverture des cabarets, et la criminalité du dimanche diminuer fortement depuis que la fermeture complète des débits d'alcool est obligatoire ce jour.

Une criminalité de nature nettement alcoolique est celle qu'on trouve chez les étudiants. Il a été fait pour les années 1893 et 1899, en Allemagne (Aschaffenburg), une statistique spéciale de cette criminalité. Malgré les bonnes conditions sociales de ces jeunes gens, leur éducation morale soignée et le milieu favorable dans lequel ils ont vécu, on constate que leur criminalité est aussi sauvage et aussi brutale que telle de la classe ouvrière. C'est une « criminalité artificielle » d'origine purement toxique ; elle comporte principalement les coups et blessures, la détérioration brutale des propriétés, la rébellion, etc.

La criminalité des étudiants est très notable, surtout, si on la compare à la criminalité générale, et, d'après les plus récentes statistiques allemandes, ce sont les ouvriers et les étudiants qui fournissent le plus de crimes alcooliques, principalement les coups et blessures et les attentats aux mœurs.

Conclusions

L'alcoolisme est un des facteurs principaux de la criminalité. Les expériences sociales de suppression temporaire ou définitive des boissons alcooliques et la chute immédiate et concomitante du taux de la criminalité en ont fourni, dans ces dernières années, la preuve définitive.

Les mesures médicales et judiciaires actuelles contre la criminalité alcoolique, internement dans un asile d'aliénés ou condamnation à une courte peine, sont des mesures mauvaises, insuffisantes ou dangereuses. La condamnation pour un délit ou un crime commis sous des mobiles pathologiques ne saurait en aucune façon être admise. L'internement suivant le mode ordinaire dans un asile d'aliénés est un procédé de traitement insuffisant pour les buveurs. La courte peine et l'internement, ainsi compris, sont des mesures de défense inefficaces pour la société, à laquelle sont rendus sans contrôle, à l'expiration de leur peine ou après un traitement trop court, des individus non guéris et dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes.

Les alcooliques délinquants et criminels doivent être internés par mesure judiciaire dans des sections spéciales annexées aux asiles des buveurs et soumis aux mêmes règles d'abstinence et de travail. La durée de l'internement doit être limitée, non par la gravité de l'acte commis, mais par la marche de la maladie et l'influence plus ou moins favorable de la thérapeutique.

Parmi les mesures sociales préconisées contre l'alcoolisme, seule la prohibition de l'alcool a donné des résultats véritablement utiles. Son adoption doit être préparée par l'éducation du peuple à l'école, au régiment et dans les sociétés anti-alcooliques.

Discussion

M. J. Simonin (Val-de-Grâce). — La prophylaxie de l'alcoolisme est organisée dans l'armée française d'après une série de mesures officielles promulguées de 1892 à 1909. Ces mesures sont les suivantes :

1° Suppression en temps de paix de toute distribution officielle d'eau-de-vie ou de rhum. En campagne, l'allocation d'une ration d'eau-de-vie de 0 litre 0625 par homme et par jour doit être absolument exceptionnelle, et justifiée par de rares circonstances bien déterminées par le règlement.

2° Interdiction absolue de vendre dans les cantines des casernes ou camps ainsi que sur les terrains de manœuvres aucune eau-de-vie, ni liqueur à base d'alcool, ni apéritifs.

3° Création d'un enseignement officiel anti-alcoolique, donné aux officiers, sous officiers et soldats :

a) Par une série de conférences dont le programme a été arrêté par le comité technique de santé ;

b) Par des placards d'instruction, des maximes, des gravures ou des tracés anti-alcooliques affichées dans les chambrées, les réfectoires, etc.

4° Création de mess pour les sous-officiers avec salles de lecture et de jeux.

5° Création de salles de lecture et de jeux pour les soldats, ainsi que des bibliothèques.

6° Suppression progressive, par voie d'extinction, des cantines installées dans les casernes.

7° Remplacement des cantines par des coopératives de consommation organisées par compagnie ou escadron sous la surveillance du commandant d'unité, et dans lesquelles on ne doit consommer que des boissons dites hygiéniques, à l'exclusion d'alcool ou de liqueurs à essence.

8° Organisation d'excursions facultatives faites en commun pour occuper les dimanches et jours de fête.

9° Répression disciplinaire et pénale rigoureuse de l'ivresse et de ses conséquencns.

10° Attribution de récompenses variées aux officiers, sous-officiers et soldats qui contribuent à l'organisation et au développement des œuvres d'éducation morale à la caserne.

L'armement anti-alcoolique est donc constitué dans l'armée française, il est dirigé uniquement contre l'alcool et les liqueurs à essence.

Les boissons fermentées sont toujours en usage, la distribution du vin, de la bière ou du cidre, suivant les régions, est même recommandée et réglementée par les circulaires ministérielles qui considèrent leur usage modéré comme une mesure hygiénique et aussi comme une coutume nationale.

L'alcoolisme continue néanmoins à pénétrer dans l'armée française par le recrutement ; le soldat français puise aussi le poison à la porte de ses casernes.

L'hygiène sociale et les pouvoirs publics ont encore beaucoup à faire, en France pour conjurer le fléau.

M. *Granjux* (de Paris).— L'alcoolisme et la criminalité alcoolique qui sont, en général, en augmentation dans la population civile, diminuent dans la plupart des armées européennes, ainsi que l'ont établi dans le *Caducée* : Maistriau, pour la Belgique ; Simonot, pour la France ; von Tobold pour l'Allemagne ; Butza pour la Roumanie.

Où s'alcoolisent les militaires ?

L'étude des dossiers a montré à Jude qu'aucun des militaires condamnés ci-dessus ne s'est enivré à la caserne. Alors, qu'on y tolère à bon droit suivant moi, la consommation modérée des boissons fermentées vin, cidre, bière. J'ai longtemps vécu dans la troupe et j'ai fait campagne avec elle en France et en Afrique. Je me souviens encore du réconfort que l'on éprouvait, alors qu'on était las et harassé, à pouvoir joindre à l'alimentation un verre de vin. J'ai été élevé en Bourgogne ; j'y ai vu quelques ivrognes mais très peu d'alcooliques. J'en appelle aux médecins des asiles de la Côte-d'Or et de l'Yonne, qui sont présents à la réunion. Voilà pourquoi j'estime que le Ministre de la guerre a raison de ne pas proscrire le vin des casernes, et de l'alimentation du soldat. Je ne crois pas m'avancer en affirmant que c'est là l'opinion des médecins militaires.

Malheureusement, le soldat est attiré par les cabarets borgnes qui encerclent les casernes ; il s'alcoolise sur le comptoir et se syphilise derrière. Ces bouges sont l'antichambre des conseils de guerre.

Une répression énergique de l'ivresse peut la rendre exceptionnelle. En agissant ainsi, nous l'avons fait disparaître de la section d'infirmiers dont nous avions la surveillance. Mais ce n'est là qu'un palliatif. Le but de la prophylaxie anti-alcoolique doit être dans l'armée de protéger le soldat contre le cabaret.

Dans ce but, on a créé des cercles du soldat dans les casernes. C'est un progrès incontestable, mais insuffisant parce que le troupier est entraîné en ville par la même force irrésistible qui pousse les élèves des écoles de l'Etat à s'en échapper dès que la porte est ouverte. C'est une évasion instinctive, qu'on ne saurait empêcher, ni même blâmer, d'autant qu'on peut la rendre profitable pour le soldat.

Il suffit pour cela d'organiser en ville des « maisons du soldat » des « foyers du soldat ». c'est-à-dire des locaux où le soldat est chez lui, où il trouve un abri pour la valise qui contient ses affaires personnelles, du papier à lettre pour faire sa correspondance, des livres, des jeux et pas d'alcool.

COMMUNICATIONS DIVERSES

La crise excito-motrice de l'alcoolisme aigu devant la justice militaire

M. J. *Simonin* (Val-de-Grâce). — En principe l'ivresse n'est pas considérée, au point de vue médico-légal, comme une excuse ou une circonstance atténuante lorsqu'elle conduit l'intoxiqué à des violences ou à des crimes.

Et cependant, en fait, les réactions agressives ou excito-motrices dans l'ivresse ne sont pas fatales ni faciles à prévoir ; elles paraissent dépendre beaucoup plus de la constitution même du sujet (émotivité, dégénérercence, névropathie, névrose confirmée) ou de la nature du poisson ingéré (alcools impurs, essences) que de la volonté du délinquant ou de l'excès proprement dit, c'est-à-dire de la quantité de boisson alcoolique ou spiritueuse absorbée.

Il paraît en résulter que si l'ivrogne est inexcusable du fait qu'il a bu avec un certain excès, c'est à-dire de son intempérance, il ne semble pas équitable de le rendre complètement responsable de tous les actes délictueux commis par lui dans l'ivresse agressive ou excito-motrice, véritable complication fortuite, que le délinquant ne peut ni prévoir ni maîtriser.

La jurisprudence des tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce et les faits d'ivresse

MM. P. *Juquelier* et A. *Fillassier*.— La jurisprudence des tribunaux, d'accord avec la doctrine, refuse de considérer les excès, sévices ou injures graves commis par un aliéné, comme de nature à justifier une action en séparation de corps on de divorce.

Dès lors, les faits d'ivresse ne sauraient être retenus s'ils sont la conséquence d'un état mental morbide. Il en sera autrement si le désordre mental peut être attribué à une faute volontaire de celui qui en est atteint, et l'ivresse constitue cette faute.

Mais notre malade n'est pas atteint d'affection mentale, les faits d'ivresse constituent-ils des injures graves suffisantes ? Non, disaient, il y a quelques années, les tribunaux : « les faits d'ivrognerie n'ont aucun rapport avec la personnalité du conjoint » : une décision de justice trouvera même, dans des faits d'ivresse imputés à une femme, une atténuation à la gravité des actes reprochés. Puis, une évolution se produit, mais pour être accueillis, les faits d'ivresse devront être nombreux, scandaleux. Enfin, dans une dernière période, la jurisprudence tend à laisser le juge maître souverain dans l'appréciation des faits, qu'ils aient été scandaleux ou non, isolés ou habituels ; les tribunaux apprécieront les circonstances dans lesquelles les faits se sont produits. la position sociale, l'éducation des parties, etc.

Les auteurs estiment qu'il importe, dans chaque cas, de caractériser aussi exactement que possible l'anomalie psychique et de déterminer avec soin le discernement du sujet, ainsi que son pouvoir de résistance : le conjoint qui se livre à des excès, alors qu'il est très sensible aux conséquences de l'alcool et qui, le sachant, continue, leur paraît commettre une faute engageant sa responsabilité.

ANALYSES

De l'emploi en suspension neutre du corps d'Ehrlich contre la syphilis (n° 606) ; par le Dr L. Michaelis (*Berlin. klin. Woch.* 25 juillet 1910.) — M. observe un enfant de 5 semaines. hérédo-syphilitique qui présentait un exanthème maculo-papuleux sur tout le corps, de fortes infiltrations et des bulles aux mains et aux pieds, une grosse rate et une réaction de Wassermann fortement positive.

L'enfant reçoit une injection de 0. 06 gr. de 606. 8 jours après l'injection, l'exanthème était disparu, les pieds et les mains complètement nettoyés, la peau partout normale. Seul le coryza persiste encore.

Deux voies ont été préconisés pour l'injection du médicament : la voie intra-veineuse (Schreiber) et la voie intra-musculaire (Alt, Schreiber, Iversen), mais l'injection de la solution très alcaline du 606 est extrêmement douloureuse et Michaelis propose de neutraliser l'excès de soude de la façon suivante.

0.30 à 0.60 du corps sont dissous dans une éprouvette de 50 cmc. contenant 16 cmc. d'eau stérile très chaude (le corps étant versé dans l'eau et non pas l'inverse). Une fois la dissolution commencée on verse 3 à 5 cmc. d'une lessive normale de soude, puis 3 gouttes d'une solution alcoolique à 1/2 % de phénolphtaléine. On verse ensuite de l'acide acétique normal jusqu'à complète dissolution de la phénolphtaléine.

La préparation forme alors une fine suspension grisâtre. On verse enfin quelques gouttes de lessive de soude, jusqu'à avoir une légère coloration rose et on injecte avec une seringue la solution dans les fessiers. Il faut se servir d'une canule très épaisse, analogue à celle des ponctions pleurales. Le malade reste ensuite debout et plie et étend énergiquement la jambe pendant 2 à 3 minutes pour disséminer la substance. Puis repos complet au lit. Les injections sont absolument indolores. Quant aux douleurs consécutives, certains malades n'en ressentent pas, d'autres en accusent la nuit ou le jour qui suit l'injection, au lieu de la piqûre... Ce sont ordinairement les malades qui se lèvent trop tôt. Il faut au moins un repos absolu de 2 jours au lit.
BURNIER.

Constatation de bacilles tuberculeux dans le lupus miliaire disséminé de la face et l'acnitis ; par le Dr ARNDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juillet 1910.)

L'auteur rapporte deux observations de lupus miliaire disséminé de la face combiné à l'acnitis dont le diagnostic clinique fut confirmé par le laboratoire ; la cutiréaction de von Pirquet fut positif, le Wassermann négatif.

L'examen histologique des nodules montre le schéma classique des cellules géantes, cellules épithéliales et cellules épithéloïdes, mais le point particulier de ces cas fut la découverte, après coloration des coupes par le Ziehl-Neelsen, d'un amas extra-cellulaire de bacilles tuberculeux. Il fallut cependant faire un nombre considérable (150 dans un cas) de coupes en séries, pour faire cette découverte dans quatre coupes seulement.
BURNIER.

Contribution à la tuberculose traumatique ; par le Dr KAPPIS. (*Deutsche méd. Woch.*, 1910, n° 28.)

Les cas de tuberculose à la suite de fractures compliquées sont très rares. Krause disait en 1829 qu'ils n'existent pas. Cependant M. Kappis apporte une observation. Il s'agissait d'une fracture compliquée grave de la cuisse avec infection consécutive (ostéomyélite aiguë, élimination de séquestre typique, suppuration ultérieure de l'articulation du genou). Dans une deuxième intervention on retira de nouveau des fragments d'os semblables à des séquestres et les granulations de la cavité furent grattées et enlevées. Le microscope révéla un tissu granuleux tuberculeux. Comme la purulence était forte, que le malade faisait de la fièvre et dépérissait de plus en plus, il y eut, après 8 mois, amputation du membre. Les parties molles profondes étaient atteintes jusqu'au bassin. Le malade mourut. L'autopsie révéla des adhérences avec épanchement séreux dans les deux cavités thoraciques, de l'induration des deux sommets avec des parties caséeuses et des tubercules, une ulcération tuberculeuse devant la valvule iléo-coecale, un abcès tuberculeux à la cuisse, etc.

Le malade, âgé de 25 ans, était, avant l'accident, de très bonne santé. Les parents du blessé n'ont pas réclamé de rente. Ils y avaient certainement droit.
C.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la fièvre parathyphoïde à Nantes et dans la région ; par le Dr Louis BIBERFAU. (*Thèse de Paris*, chez Jouve, 1910.)

Bonne thèse contributive dans laquelle l'auteur relate trois épidémies et les cas sporadiques observés dans la même région, Bien des cas de fièvre paratyphoïde ont dû être confondus avec des formes bénignes de dothiénentérie. Importance du séro-diagnostic, de l'hémoculture, des mesures prophylactiques, de la déclaration stricte des maladies contagieuses ; nécessités de renseigner le service de santé militaire avant d'installer des troupes ; mais seuls les médecins de la localité peuvent accomplir ce devoir.
C.

Un nouvel appareil et exercices nouveaux de gymnastique suédoise orthopédique pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale ; par le Conseiller aulique J. OLDEVIG, de Dresde. (Brochure de 51 pages avec 20 figures dans le texte ; librairie Edouard Frewendt, Berlin W, 50, 1910.)

Comme l'indique dans une préface introductive le Dr Axel Tagesson, la méthode de M. Oldevig est employée à l'Institut de Dresde, depuis des années. Ce sont des exercices de sangle qui présentent l'avantage d'isoler une déviation sans provoquer des déviations de compensation. La sangle a l'avantage, sur les appareils orthopédiques d'appui et de pression, de permettre une activité plus grande du malade. Sans doute, la méthode nécessite plusieurs aides et convient mieux aux grandes installations, mais on peut y recourir aussi sans assistants.

On trouvera dans cette brochure un choix d'exercices simples qui permettent de connaître suffisamment la nouvelle méthode laquelle se montre préférable aux procédés usuels.
C.

Etude bactériologique des eaux de Luchon ; par le Dr FAIVRE, prof. de clinique à l'école de médecine de Poitiers. (1 brochure, chez G. Basile, 21 rue Cornet, Poitiers.)

Après un historique sur les analyses bactériologiques faites sur Allevard, par Niepce et Pilate (Montpellier, 1885) ; sur les eaux des sources de l'Etat à Vichy, par MM. Colin et Romain, médecin et pharmacien majors, 1892 ; sur les mêmes sources, par M. le professeur Pouchet, 1892-1900 ; sur les eaux sulfatées de Thil, par M. le docteur Poisson, 1901, l'auteur de la présente publication envisage les eaux sulfurées sodiques qui nous sont connues. Il a fait l'examen bactériologique de deux sources types, l'une *la Reine*, polysulfurée, fixe, inaltérable, l'autre, *la Blanche*, désulfurée, dégénérée, hyposulfitée. Pour chacune de ces sources, nous avons assuré trois prélèvements faits, l'un, au griffon de captage, à l'origine même de la sortie de l'eau à la roche en place, l'autre recueilli à l'orifice d'entrée de la baignoire, le troisième au robinet des buvettes.

Voici les conclusions de M. Faivre :

1° Les recherches spéciales des espèces pathogènes ou suspectes et notamment l'expérimentation physiologique par inoculation animale nous ont conduit à des résultats négatifs pour les eaux de captage au griffon, c'est-à-dire au niveau de la roche en place. *Les sources Reine et Blanche de Luchon peuvent donc être déclarées amicrobiennes à leur point d'émergence* ;

2° Il n'en est pas de même pour les mêmes eaux quand elles arrivent à l'orifice d'entrée de la baignoire. Devons-nous incriminer de ce fait les apports microbiens de la peau par les corps immergés, étant reconnue la pureté de l'eau froide non minérale de Naou-Hounts. La progression descendante de la température le long des canalisations a-t-elle une influence sur le développement d'espèces d'ailleurs banales et saprophytiques ? Y a-t-il une question de reflux dans les tuyaux à quelque distance au-dessus de l'orifice ou un défaut de nettoyage ? Quoi qu'il en soit, nous renvoyons ces résultats à la Compagnie fermière et à M. le Directeur des Thermes qui redoublera le zèle des garçons et filles de bains préposés au rinçage des baignoires et fera passer des chasses d'eau minéralisée dans les conduites au commencement de chaque ronde matin et soir.

3° Quant aux cristaux et aux mucédinées trouvés dans l'eau des buvettes, ils engagent aux mêmes soins et dans le lavage des verres et dans le flambage des robinets, non pas que nous craignions pour l'estomac des consommateurs, mais parce que cette eau sert aux gargarismes et aux bains de gorge dont les hôtes normaux n'ont pas besoin d'associations renforçantes. Ce petit nombre de germes, d'ailleurs inoffensifs, peut être attribué à la difficulté qu'on éprouve à prélever aseptiquement les échantillons, sinon à l'ensemencement par les germes de l'air qui remonteraient les tuyaux d'amenée.

Les sécrétions internes, leur influence sur le sang, par le Dr Perrin, 1 vol. in-8 de 147 pages. (J.-B. Baillière et Fils, à Paris.)

Quelle est l'action exercée sur l'état histologique et sur la composition du sang par des divers tissus ou organes ? Telle est la question que M. le Dr M. Perrin s'est proposé de résoudre.

Comme le dit M. le professeur Gilbert dans la préface de cet ouvrage, le Dr Perrin, bien préparé à cette étude par ses travaux personnels antérieurs ainsi que par ses connaissances générales, ne pouvait que la mener à bonne fin.

L'auteur passe en revue tous les documents physiologiques, expérimentaux, cliniques, opothérapiques, qu'il a pu recueillir sur l'influence de chaque glande endocrine ou de chaque tissu en particulier. Pour certains organes, il en déduit des conclusions fermes et pour quelques-uns sa prudence scientifique lui fait réserver ses conclusions. Même dans ces chapitres, le lecteur trouvera des documents intéressants, clairement exposés et bien synthétisés, documents qui peuvent au besoin servir de base solide à des recherches ultérieures.

A remarquer particulièrement le chapitre relatif au foie, dans lequel sont exposées des vues très personnelles et l'étude des relations synergiques des organes hématopoiétiques, de leurs influences réciproques et de leur auto-stimulation par voie humorale.

On arrive à cette conclusion générale que l'hématopoïèse physiologique ne se fait pas tout entière en dehors de l'action des sécrétions internes.

L'influence humorale de celles-ci intervient pour activer ou ralentir les processus histologiques formateurs ou destructeurs dont les organes hématopoiétiques sont le siège. Les organes hématopoiétiques eux-mêmes paraissent s'influencer réciproquement, et même s'auto-influencer, par voie humorale, dans le sens de leur fonctionnement histologique.

C'est ainsi que toutes les glandes endocrines, et tous les tissus qui ont été étudiés se sont montrés doués d'une *influence à distance* sur les processus hématopoiétiques de formation et de destruction, ou sur les éléments constitutifs du sang.

Si bien qu'en définitive, on peut admettre l'existence d'un vaste *système d'hormones* favorisantes ou empêchantes de l'hématopoïèse, de la leucopoïèse, de la coagulation, etc.

Ce système d'hormones constitue un élément primordial du mécanisme régulateur de l'hématopoïèse.

Formulaire aide-mémoire de médecine infantile en tableaux synoptiques, par le Dr Legrand, d'Amiens, 1 vol. in-18 de 100 pages. (J.-B. Baillière et fils, Paris.)

En publiant ce Formulaire aide-mémoire de médecine des enfants, le Dr Legrand a voulu faire œuvre précise et complète permettant aux médecins et étudiants de trouver rapidement tous les renseignements de thérapeutique infantile journalière.

Dresser la liste alphabétique pour la commodité des recherches des médicaments internes ususels ; indiquer en regard de chacun d'eux les préparations, modes d'administration et incomptabilités, d'après le nouveau Codex fixer les doses maniables par année d'âge et par jour, que le médecin pourra varier d'après les réactions du malade et de la maladie ; préciser les indications et contre-indications cliniques, tel a été le plan adopté par l'auteur pour la rédaction de ce Formulaire, auquel les éditeurs ont su donner un format très réduit de carnet de poche.

Le Dr Legrand est l'auteur d'un *Précis de médecine infantile* publié il y a quelques années et devenu classique, et d'un *Traité de physiothérapie infantile* publié il y a quelques mois avec la collaboration des praticiens les plus réputés en la matière.

NÉCROLOGIE

Le professeur FARABEUF

Dimanche dernier, est décédé à Beton-Bazoches (Seine-et-Marne) le docteur Farabeuf, membre de l'Académie de médecine, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur.

Né à Bannost (Seine-et-Marne), le 6 mai 1841, de modestes cultivateurs briards, il entrait au collège de Provins et arrivait en 1859 à la faculté de médecine, en 1864 à l'internat des hôpitaux. Aide d'anatomie en 1868, il était consacré docteur en 1871, nommé prosecteur en 1872, agrégé en 1875 et chef des travaux anatomiques à la Faculté en 1878.

On sait toute la part qu'il prit à l'organisation de l'enseignement de l'anatomie à la Faculté et à la mort de M. Bourneville, M. Farabeuf rappelait dans une lettre touchante adressée au regretté Romme (1) le souvenir reconnaissant pour l'appui que lui avait donné M. Bourneville lors de l'organisation de l'ancienne Ecole pratique.

Sa thèse d'agrégation : le « Système séreux, anatomie et physiologie » affirma sa maîtrise. En 1872, il publia un *Précis de manuel opératoire ; ligature des artères*. On lui doit des mémoires sur l'*épiderme et les épithéliums* (1872), le *système séreux* (1875), les *vaisseaux du bassin*, une *introduction aux accouchements* (en collaboration avec Varnier), enfin un *précis de manuel opératoire* (5e éd. 1909). On ne saurait bien se rappeler Farabeuf et rendre un meilleur hommage à sa mémoire qu'en reproduisant ce qu'a dit de lui le professeur Pierre Delbet dans sa leçon inaugurale.

« Il est un homme, Messieurs, un homme étrange, singulier, que les plus jeunes d'entre vous connaissent à peine, qui a rendu les plus signalés services à tous les chirurgiens de ma génération et à moi en particulier. Il apparaissait comme un personnage de légende, quand il traversait la place de l'Ecole pour aller faire son cours. Sa maigreur était extrême et personne n'aurait pu croire qu'elle serait remplacée par l'embonpoint replet d'aujourd'hui. Une ample pélerine l'enveloppait. Entre un cache-nez gris où s'enfouissait son menton et la prodigieuse visière verte d'une casquette unique, surgissait un nez vigoureux surmonté de deux, de trois binocles, blanc, bleu, fumé. Il se précipitait tête baissée, comme pour terrasser un adversaire, puis s'arrêtait soudain. C'est qu'un point d'interrogation s'était dressé devant son esprit inquiet et avait, comme un barrage, arrêté le cours de ses pensées profondes, qui rythmaient aussi son pas. Il repartait tout à coup pour s'arrêter de nouveau, et jamais il n'est entré dans l'amphithéâtre sans une émotion profonde, car le grand souci qu'il avait de sa responsabilité le faisait douter de soi.

Cependant personne ne dépassera le professeur Farabeuf dans sa compréhension de l'anatomie que doivent savoir les médecins et les chirurgiens ; personne ne l'égalera dans sa manière de l'enseigner.

J'ai eu l'honneur de travailler avec lui. — « Il faut que je vous apprenne à opérer », me dit-il, au commencement de l'été de l'année 1885. Cet été est le plus rude que j'aie vécu. J'ai désespéré d'apprendre jamais à tenir correctement un bistouri. Je ne pouvais faire le moindre geste sans qu'une terrible réprimande s'abattît sur moi. Il entrait dans son programme de décourager les vocations tièdes ; et puis, mon cher maître Farabeuf ressemble un peu à ces farouches ascètes de la Thébaïde qui s'étaient persuadé que la seule manifestation permise de l'affection est le châtiment.

Il était, en tous cas, guidé par une tendresse profonde et je lui garde une reconnaissance attendrie.

D'ailleurs, il n'est pas un médecin de France, âgé de moins d'un demi-siècle, qui ne lui doive quelque chose. Il a organisé la plus belle école d'anatomie qui soit au monde. Si les pavillons qu'il a laissé construire sont un peu sombres, ils resplendissaient d'une clarté supérieure faite de sa compréhension de l'anatomie et de sa manière de l'enseigner. Nous tous, chirurgiens français, sommes, au point de vue de la technique opératoire, des émanations de Farabeuf. Par l'enseignement qu'il donnait aux aides d'anatomie, aux prosecteurs, par son livre, il a maintenu la chirurgie française dans sa tradition, il a développé sa caractéristique propre qui est une supériorité, la précision de l'acte opératoire basée sur l'anatomie.

(1) *Presse médicale*, 1909, n° 52, p. 515.

TRAVAUX ORIGINAUX

Une année d'épidémie au pavillon de la rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades ;

Par Roger VOISIN, ancien chef de clinique médicale infantile.

(Travail du service du professeur Hutinel).

Depuis l'ouverture du nouveau pavillon de la rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades, jamais il n'avait eu à contenir autant d'enfants que dans l'année 1908. Une forte épidémie a sévi en effet dans les six premiers mois de cette année et nous avons traité 822 rougeoleux dans le premier semestre contre 141 dans le second, soit un total de 963 enfants. Les enfants entrés dans le pavillon par suite d'une erreur de diagnostic (érythèmes, rubéole) ne sont pas comptés dans ces chiffres.

Malgré ce grand nombre d'enfants, la mortalité ne fut cependant que de 124, donnant une proportion de 12,87 %. Dans ce chiffre de 124 décès, nous avons fait entrer non seulement les décès survenus au pavillon, mais même ceux qui ont eu lieu plus tardivement dans nos salles communes : Bouchut et Parrot. Sitôt, en effet, qu'un rougeoleux était resté 14 jours dans le pavillon de la rougeole, sitôt par conséquent que toute crainte de contagion était éliminée, l'enfant était transporté du pavillon dans une des salles communes. Or, 11 enfants passés dans ces conditions ont succombé. Nous comptons même dans ce chiffre de décès un enfant atteint de bronchopneumonie tuberculeuse, qui contracta la rougeole salle Bouchut, séjourna 14 jours au pavillon, puis vint succomber dans sa salle un mois après avoir quitté le pavillon de la rougeole.

Si nous établissons notre statistique uniquement sur les décès survenus dans les 14 jours de séjour au pavillon, et c'est la statistique que l'on dresse le plus habituellement, nous ne trouvons qu'une proportion de décès de 11,73 %.

Nous ferons remarquer, d'autre part, que 26 enfants ont succombé dans les 48 heures qui ont suivi leur entrée dans le pavillon, quelques-uns même dans les 12 heures. Si nous supprimons de notre statistique ces 26 enfants, nous voyons que (963-26) 937 enfants soignés pour rougeole dans le service nous ont donné (124-26) 98 décès, soit 10,45 %, et en l'expurgeant des décès survenus après 14 jours, 87 décès, soit 9,34 %.

Il est vrai que certains enfants ont quitté l'hôpital dans un état tel qu'il est probable qu'ils ont succombé dans leur famille, et qu'ils sont dans notre statistique considérés comme sortis guéris, mais le nombre de ces décès dans la famille ne compense certes pas celui des décès survenus dans les 48 heures.

L'épidémie de rougeole n'a sévi que dans les 6 premiers mois de l'année 1908. Le nombre des cas fut respectivement, par mois, de 116, 132, 162, 134, 149, 129, soit 822 enfants durant le semestre, et le service contenait par jour de 60 à 80 enfants. La mortalité totale durant cette période fut de 114, soit de 13,86 %.

Par contre, dans les derniers mois nous n'avons reçu que 141 enfants, même pas le quinzième de l'entrée totale ; les décès n'ont été qu'au nombre de 10 donnant une mortalité de 7,09 %. Cette différence dans les deux proportions montre bien le rôle néfaste de l'encombrement.

***

On sait que la rougeole, surtout à l'hôpital, est particulièrement grave dans les premières années de la vie : tous les médecins d'enfants ont insisté sur ce fait. Cette influence de l'âge a été très nette également dans notre statistique. C'est ce que montre le tableau suivant :

Age	Nombre des entrées	Proportion des entrées pour 100	Nombre des décès	Proportion des décès pour 100
De 0 à 2 ans.......	269	27,92	83	30,85
De 2 à 3 ans.......	171	17,74	22	12,86
De 3 à 4 ans.......	142	14,74	10	7,04
De 4 à 5 ans.......	118	12,25	8	6,77
De 5 à 15 ans......	263	28,33	1(1)	
	963		124	

***

Si nous recherchons maintenant d'où proviennent nos rougeoleux, nous voyons que 92 d'entre eux ont séjourné avant leur entrée dans le pavillon dans une des salles de l'hôpital (à l'exception, bien entendu, de la salle des douteux). Les uns étaient entrés dans les salles générales en incubation de rougeole, les autres avaient contracté la maladie, soit à la consultation, soit à l'hôpital même.

La provenance des enfants est loin d'être indifférente : 72 d'entre eux venaient d'une salle de médecine et, durant leurs 14 jours de séjour au pavillon, ils donnèrent 24 morts, soit une proportion de 33,8 % de décès. Les 20 autres enfants concernaient des malades chirurgicaux ; il n'y eut qu'un mort (2).

C'est, en effet, que le milieu hospitalier des salles de médecine est un milieu infecté, où la virulence des germes s'exalte sans cesse par le fait de leur passage d'un organisme à l'autre ; et les maladies y évoluent rarement d'une façon simple et régulière [Hutinel et Lesné (3)].

***

Les rougeoleux qui ont succombé ont presque toujours été emportés par des complications broncho-pulmonaires. Parmi nos 124 décès, nous avons pu pratiquer 109 fois l'autopsie et nous avons presque toujours trouvé, soit des lésions de bronchopneumonie type, soit de la congestion diffuse des poumons. Dans deux cas coexistait une pleurésie purulente ; dans un cas, l'enfant avait succombé à une néphrite, suite d'une diphtérie qui avait précédé de peu la rougeole.

Nous avons tout particulièrement recherché dans nos autopsies la *tuberculose* ; nous avons trouvé dans 18 cas des lésions tuberculeuses évidentes et, dans deux cas, des lésions que l'examen macroscopique permettait seulement de considérer comme étant de nature probablement tuberculeuse.

Tantôt il n'existait qu'une tuberculose limitée aux ganglions du médiastin, dont nous avons d'ailleurs presque toujours trouvé le chancre d'inoculation pulmonaire (8 cas), tantôt la tuberculose s'était généralisée et l'enfant avait succombé à une véritable granulie, dont la rougeole paraît bien avoir été la cause déterminante (10 cas).

***

Si nous comparons notre statistique à celles parues en France jusqu'en 1909 sur la mortalité que cause à l'hôpital la rougeole, nous voyons que nos résultats sont assez bons, étant donné surtout l'encombrement que nous avons subi pendant près de 6 mois. Notre proportion de morts durant les 14 jours est en effet de 11,73 %.

(1) Ce décès concerne un garçon de 13 ans, entré salle Bouchut pour épilepsie. Il y contracta la rougeole et succomba au pavillon à un état de mal épileptique.

(2) Cf. Mlle CORENTSVÈTE. — La rougeole contractée à l'hôpital des Enfants-Malades en 1908. *Thèse de Paris*, 1909.

(3) HUTINEL et LESNÉ. — Généralités sur l'enfance. Les maladies des enfants, par HUTINEL, t. I, p. 214.

Avant l'ouverture des nouveaux pavillons de la rougeole, nous trouvons les chiffres suivants :

A Trousseau, de 1890 à 1894, la mortalité est de 28 % ;

En 1895, sur 715 cas, Comby (1) arrive au chiffre de 14,4 % de mortalité globale, se décomposant ainsi :

de 0 à 2 ans — 221 cas avec 30,8 % de mortalité ;

de 2 à 5 ans — 336 cas avec 8,9 % :

de 5 à 15 ans — 158 cas avec 3,8 %.

En 1898, Variot observe, sur près de 700 enfants, une mortalité de 29 %.

En 1900, elle est de 33 %.

A l'hôpital des Enfants-Malades Robinet (2) rapporte les chiffres suivants :

En 1898, 609 enfants, 200 morts, 33 % de mortalité ;

En 1899, 668 enfants, 169 morts, 25 % de mortalité ;

En 1900, 724 enfants, 167 morts, 23 % de mortalité ;

Le pavillon a été ouvert dans le courant de cette année 1900.

En 1901 sur 712 entrées il n'y a plus que 98 morts, soit une mortalité de 14 %.

La mortalité des enfants au-dessous d'un an de 56 % en 1899, de 59 % en 1900, était tombée en 1901 à 45 %.

Variot (3) en 1903 soigne aux Enfants-Malades 601 enfants avec 74 décès, soit 12,81 %.

Enfin en 1904, Genévrier (4) constate 118 décès sur 724 enfants (16,2 %).

A l'hôpital d'Aubervilliers, le Pr Roger (5) relève des chiffres analogues, 595 enfants lui donnent une mortalité de 93, soit une proportion de 15,6 %.

Mais si notre proportion globale de mortalité est inférieure aux chiffres que nous venons de citer elle dépasse encore celui que le professeur Hutinel avait obtenu à l'hospice des Enfants-Assistés. Alors qu'en 1890, la mortalité était de 25 %, il obtint en 1902 un taux de 10 % (6).

Ce chiffre est d'autant plus bas que les enfants soignés rue Denfert-Rochereau sont plus jeunes que ceux qui sont apportés dans le pavillon des autres hôpitaux d'enfants, et que la mortalité dans le jeune âge est toujours très élevée.

Henoch, en Allemagne, constate 55 % de décès avant 2 ans ; Comby en 1895 trouve une proportion de 30,18 % ; Variot en 1903 de 27 %, et nous-même 30,85 %.

Par contre, la statistique du Pr Roger ne fournit jusqu'à 2 ans sur 354 enfants que 77 morts, soit 21,7 %.

Mais nos chiffres sont loin d'approcher ceux que Martin (7) a pu relever dans son service à l'hôpital Pasteur de Paris.

Sa statistique est la suivante :

203 enfants de 0 à 2 ans donnent 9 % de décès.

223 enfants de 2 à 14 ans donnent 1,3 % de décès.

Il est juste de faire remarquer que les statistiques de Roger et de Martin portent sur plusieurs années, et que les services de ces deux auteurs sont disposés de telle sorte que l'on n'y observe pas l'encombrement que l'on constate dans les autres hôpitaux.

Une mention toute spéciale doit être faite à ce point de vue pour l'hôpital Pasteur, où l'on pratique d'une manière rigoureuse l'isolement individuel. Aussi la mortalité n'y dépasse-t-elle pas celle que l'on observe en ville.

(1) Comby. — In *Thèse de* Lihon, Paris, 1896.
(2) Robinet. — La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1905. *Thèse de Paris*, 1901-1902.
(3) Variot. — Etude statistique de la mortalité par rougeole au nouveau pavillon des Enfants-Malades en 1903. *Bulletin de la Soc. de Pédiatrie*, janvier 1904, p. 2.
(4) Genévrier. — In *Archives de méd. des enfants*, 1905.
(5) Roger. — Les maladies infectieuses. Paris 1902, p. 1.272.
(6) Hutinel. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, janvier 1904.
(7) Martin — *Bull. et mém. de la Société méd. des hôp. de Paris*, 5 février 1909, I, page 184.

***

Cet isolement individuel, nous avons tenté de l'appliquer au pavillon de la rougeole, mais le pavillon ne s'y prête pas. Nous avons eu le soin d'isoler, autant que nous l'avons pu, dans les chambres, dans les toilettes, sur les carrés même, tout enfant qui présentait un symptôme inquiétant, non seulement des symptômes broncho-pneumoniques, mais aussi de l'infection de la peau, des lèvres et même une élévation anormale de la température.

Les enfants étaient examinés matin et soir et un personnel instruit et très dévoué, à qui nous sommes heureux d'adresser un témoignage public de notre satisfaction, savait reconnaître, le plus souvent dès l'entrée d'un enfant, s'il fallait pratiquer l'isolement. Tout enfant suspect, tout enfant qui respirait mal, était isolé.

C'est cet isolement du malade, d'un usage courant dans la pratique journalière, qui rend la rougeole si bénigne en ville ; c'est à essayer d'obtenir à l'hôpital ce que l'on a en ville, que doivent tendre tous les efforts des médecins des hôpitaux d'enfants.

Certes, cet isolement individuel est fort difficile à instituer dans un hôpital tel que les Enfants-Malades où le mouvement hospitalier est considérable. Mais si la place et le personnel manquent pour le pratiquer dans toute sa rigueur pour tous les malades, il serait possible cependant, avec peu de frais, de l'instituer pour les jeunes enfants. Toutes les statistiques montrent que la mortalité par rougeole est d'autant plus élevée que l'enfant est plus jeune. C'est à eux que s'applique avec toute sa rigoureuse nécessité l'isolement individuel.

Il nous paraît donc nécessaire que le pavillon de la rougeole de l'hôpital des Enfants-Malades soit modifié dans le sens de cet isolement individuel que l'on appliquerait d'une part aux petits au-dessous de 3 ans, d'autre part à tout enfant infecté ou atteint de complication broncho-pulmonaire.

De l'amaurose albuminurique chez les femmes enceintes ;

Par R. BURNIER
Interne des hôpitaux de Paris

On décrit d'une façon générale, sous le nom d'amaurose, la perte totale de la vision ; mais on réserve ordinairement cette appellation aux yeux qui ne présentent aucune lésion décelable à l'ophtalmoscope. Avant la découverte d'Helmoltz, tous les troubles visuels survenant au cours de l'albuminurie gravidique étaient étiquetés amaurose ; et même depuis 1855, de nombreuses observations ont été publiées sous le nom d'amaurose urémique, d'amaurose éclamptique au cours de la grossesse, sans qu'il ait été fait le moindre examen ophtalmoscopique. On conçoit que nous ne puissions actuellement faire état de ces documents qui ne font que consacrer et perpétuer des erreurs d'interprétation. Et nous ne tiendrons pas compte des observations de Weber (1), de Scott (2), de Mandelstamm (3), de Marcuse (4), de Walliser (5).

C'est ainsi que Weber, en 1873, rapporte 5 cas d'amaurose au cours de la grossesse ou des suites de cou-

(1) Weber. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1873, p. 285.
(2) Scott. — *Trans. Ohio. med. Soc.*, 1875.
(3) Mandelstamm. — *Petersb. med. Woch.*, 1878 ;
(4) Marcuse. — *Zeitsch. fur. klin. Woch.*, 1888.
(5) Walliser. — *Saint-Louis, med. and. Surg. Journ.*, 1879.

ches, sans examen ophtalmoscopique. Dans un de ces cas, une femme de 40 ans présenta au moment de l'accouchement, une amaurose qui dura 3 jours ; mais la vision ne redevint normale que 4 semaines plus tard. Une amaurose, nous le verrons, ne met pas 4 semaines à guérir. N'est-il pas plus rationnel de penser que cette femme a eu une rétinite albuminurique, peut-être même un décollement rétinien, qui guérit au bout d'un mois ?

On trouve de même de nombreuses observations disant que certaines femmes ont présenté un affaiblissement visuel quelques mois après leur accouchement ; et cette amblyopie, sans examen ophtalmoscopique, est attribué à la grossesse. Mais, peut-on répondre, ne s'agit-il pas de femmes hypermétropes qui, débilitées, anémiées à la fin de leur grossesse, présentent une paresse accommodative de leur muscle ciliaire, comme le cas se présente assez souvent.

La cause de semblables erreurs est facile à comprendre. L'accoucheur est peu familiarisé avec les affections oculaires. D'autre part, l'ophtalmologiste a peu l'occasion d'examiner des femmes enceintes albuminuriques ou éclamptiques.

C'est ce qui explique la rareté de l'amaurose si on la compare à la fréquence de la rétinite albuminurique. Beaucoup de ces cas d'amaurose fugace et passagère passent inaperçus au cours de l'éclampsie, ou ne sont pas vérifiés à l'ophtalmoscope, tandis que la rétinite albuminurique, plus durable est plus facilement constatée.

Quoi qu'il en soit, nous donnerons au mot amaurose son sens restreint. Ce sera, comme on l'a dit, l'état où le malade ne voit rien, et où le médecin ne voit rien non plus. Ainsi comprise, l'amaurose est assez rare, car si l'on s'en tient aux cas authentiques rapportés par les auteurs, on note que DE GRAEFE (1), sur 32 cas d'amblyopie albuminurique, a constaté 30 fois des lésions rétiniennes, 2 cas seulement étaient exempts de lésions du fond. Cette proportion de 1/15 serait un peu trop faible, si on en juge par nos chiffres (33 cas d'amaurose pour 216 cas de rétinite (1/7).

L'amaurose albuminurique survient le plus souvent chez les primipares (18 primipares pour 15 multipares). C'est ordinairement à la fin de la grossesse qu'elle apparaît, soit avant, soit pendant, soit après l'accouchement.

Les rapports avec la crise éclamptique sont des plus variables. Tantôt elle apparaît isolément, sans être accompagnée d'aucune convulsion ; elle peut être alors considérée comme une manifestation de l'éclampsie : c'est une variété d'*éclampsie sans crise* comme dans le cas que nous avons rapporté (2). Tantôt l'amaurose survient un peu avant la crise, précédant de peu celle-ci : c'est alors un véritable signal d'alarme (3), tantôt enfin l'amaurose s'installe à la fin de la crise : quand la malade sort de sa torpeur, tout est sombre autour d'elle.

Le mode d'apparition de l'amaurose albuminurique est également très variable. La malade peut devenir aveugle en l'espace de quelques minutes, et ses deux yeux sont toujours atteints avec une égale intensité ; c'est un fait sur lequel il est important d'insister au point de vue du diagnostic différentiel avec la rétinite albuminique. Dans d'autres cas, au contraire, l'amaurose est précédée pendant quelques jours d'obnubilation passagère, et surtout de troubles de l'accommadation. La malade éprouve une difficulté inaccoutumée à lire, à enfiler une aiguille, cette parésie accommodative, sur laquelle a insisté SOURDILLE (1), doit attirer l'attention sur l'imminence de la crise éclamptique.

(1) v. GRAEFE. — *Archiv. f. Ophtalm.*, II, 1. 1855.
(2) BURNIER. — *Progrès Médical*, n° 30, 23 juillet 1910.
(3) DE WITT. — *Cincinn. Lancet Clinic*, 1889, a rapporté un cas où la cécité a précédé de 24 heures la première crise.

A la suite de cette amblyopie progressive, l'amaurose devient complète au bout d'un temps qui varie de quelques heures à un jour. La perception lumineuse ou quantitative peut persister. Dans d'autres cas, la cécité est absolue. Il est quelquefois difficile, si la malade présente des phénomènes cérébraux, de se rendre compte de la perception lumineuse (BABINSKI). Il se peut aussi que la cécité n'atteigne qu'une des formes du langage visuel, et JOCQS (2) a cité un cas d'éclampsie où les troubles visuels affectaient le type de la cécité verbale.

L'amaurose s'accompagne le plus souvent des autres symptômes de la toxémie gravidique : céphalée, vomissements, troubles gastriques, etc. Les urines sont rares, hautes en couleur, ordinairement riches en albumine, pauvres en urée ; quelquefois même, dans les cas graves, l'anurie est complète. Dans certains cas rares cependant (ELLETT) (3), l'amaurose a été, avec l'albumine, le seul signe de l'intoxication.

L'aspect extérieur des yeux n'est pas sensiblement modifié ; on peut dans quelques cas observer de l'œdème palpébral [HARRY MORELL (4), (BOWMANN (5)]. Les globes oculaires peuvent être animés de mouvements incessants, ou bien ils sont fixement dirigés au haut.

Les *pupilles* offrent ordinairement un diamètre anormal, ou sont légèrement dilatées. Elles peuvent réagir normalement à la lumière (12 fois sur 20 cas). Dans certains cas d'amaurose absolue, on peut observer du myosis [FAUCONNIER, (6) PLEY (7)]. Parfois les pupilles sont fixes et dilatées (9 fois sur 21 cas). La conservation du réflexe pupillaire est d'un pronostic favorable. Mais, il ne faudrait pas croire que les cas d'amaurose avec réflexe aboli soient voués fatalement à une cécité ultérieure. Cependant nous notons une diminution de l'acuité visuelle et même une cécité ultérieure par atrophie optique chez 4 femmes qui présentaient une abolition du réflexe pupillaire [H. MORELL, POOLEY (8) BASTIDE (9) LAWSON, (10)].

Le *fond de l'œil* est normal : c'est ce qui fait la caractéristique de l'amaurose au point de vue ophtalmoscopique On a bien signalé, mais dans des cas exceptionnels, un léger œdème papillaire [PLEY, WILKINSON, (11) RADTKE (12), ZIMMERMANN (13)]. Ce fait viendrait confirmer la théorie mécanique de TRAUBE sur l'hypertension cérébrale.

Dans des cas très rares, on a constaté des hémorragies rétiniennes (RADTKE). Ces hémorragies peuvent tenir à la rupture des vaisseaux rétiniens sous la poussée hypertensive au cours de l'éclampsie.

On observe parfois la coexistence d'une rétinite albuminurique (SILEX) (14). Mais les deux affections n'ont aucun rapport direct ; chacune évolue pour son propre compte : ce sont deux manifestations différentes de la toxémie gravidique ; l'une est fugitive, l'amaurose ; l'autre est plus

(1) SOURDILLE. — Amaurose éclamptique. *La Clinique Ophtalm.*, 1898, p. 207.
(2) JOCQS. — Amaurose albuminurique. Cécité verbale. *France médicale*, 1889.
(3) ELLETT. — *J. of Am. med. Assoc.*, 18 juillet 1908, p. 210.
(4) HARRY MORELL. — Toxoemie of pregnancy. Recovery. *Surg. Gyn. and Obst.*, déc. 1909.
(5) BOWMANN. — *In* LEE, *Med. chir. transact.*, t. XLVI.
(6) FAUCONNIER. — Th. Paris, 1907.
(7) J. PLEY. — Th. Paris, 1908.
(8) POOLEY. — *Am. Journ. of Surg.*, mars 1908, p. 72.
(9) BASTIDE. — Th. Paris, 1893. Des troubles oculaires dus à l'état puerpéral.
(10) LAWSON. — *Ophtalm. hospl. reports*, 1863, p. 65.
(11) WILKINSON. — *Am. Journ. of opht.*, 1897, p. 255.
(12) RADTKE. — *Ost. u. West. preussische Gesell. für Gyn.*, 24 nov. 1906.
(13) ZIMMERMANN. — *Arch. of. Ophtalm.*, 1898, p. 496.
(14) SILEX. — Amblyopie und Amaurose. bei Schwangeren. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897.

✦

tenace, la rétinite ; et cette dernière persiste encore alors que l'amaurose est disparue.

La *durée* de l'amaurose, d'une façon générale, est en effet courte. Dans les cas bénins, au bout de quelques minutes, au bout de quelques heures, la vision est souvent revenue à la normale. Dans les cas plus graves, l'amaurose peut persister plusieurs jours, rarement une semaine, et le retour à la vision se fait souvent alors non plus brusquement, mais lentement et progressivement. Pendant plusieurs semaines, l'acuité reste défectueuse, variant de 1 1/2 à 1/18 (SOURDILLE). La malade continuera pendant quelques temps, même quand l'acuité est revenue à la normale, à éprouver une certaine paresse accommodative qui rend impossible tout travail suivi. Ce sont là des faits exceptionnels.

Dans d'autres cas, on peut observer des *scotomes* transitoires (SCHMIDT-RIMPLER) (1).

Parfois enfin, on a relevé une *hémianopsie* après la disparition de l'amaurose (5 jours après (BAUER) (2), ou avant l'apparition de cette dernière (LORING) (3)). Quelquefois même, l'amaurose est incomplète d'emblée, se manifestant dès le début par une hémianopsie, homonyme le plus souvent (WOODS).

Les crises d'amaurose peuvent se répéter plusieurs fois. Les récidives nombreuses peuvent faire craindre que la vue ne se rétablisse pas complètement. On a signalé en effet, dans certains cas, le développement d'une véritable névrite optique, avec *atrophie* partielle du nerf optique (POOLEY, BASTIDE, LAWSON).

PRONOSTIC.

On peut dire d'une façon générale que, dans la grande majorité des cas, l'amaurose guérit complètement, toutes les fois que la malade ne succombe pas à ses crises d'éclampsie (SCHÖN) (4), et la mortalité est relativement élevée dans l'éclampsie : 36, 88 % Bar ; 19,2 % Baudelocque ; 2.6 % Maternité (5).

Aussi le pronostic de l'amaurose, quoique favorable d'une façon générale, doit être réservé dans certains cas. C'est ainsi qu'on peut noter une *récidive* de l'amaurose au cours des grossesses ultérieures (LAWSON), une persistance de l'hémianopsie (WOODS (6). PICK) (7). Mais dans ces cas, il faut toujours se méfier de la possibilité d'une hystérie concomitante.

L'absence de la réaction pupillaire ne semble pas toujours aggraver le pronostic. Les deux seuls éléments dont il faille tenir compte sont l'état du fond de l'œil et l'état des urines. Si avec un œil normal, l'albumine disparaît des urines, la guérison est assurée ; mais si l'albumine persiste, la malade est exposée à toutes les complications habituelles des néphrites : la rétinite et la névrite optiques.

PATHOGÉNIE.

La pathogénie de l'amaurose albuminurique gravidique est encore incertaine. On peut cependant aujourd'hui exclure l'hypothèse d'un œdème passager de la rétine (HEYL), du nerf optique (EBERT) ou de sa gaine (ROTHMANN) (8).

On doit plutôt admettre que la cécité est due à un processus cérébral, dont le siège peut dans certains cas être assez exactement localisé. La conservation habituelle de la réaction pupillaire à la lumière montre que la rétine, le nerf optique, le chiasma, les bandelettes, les couches optiques, et surtout les tubercules quadrijumeaux (centre réflexe auquel aboutissent les nerfs optiques) sont hors de cause.

C'est donc plus loin, dans le lobe occipital, que doit siéger la cause de l'amaurose. Cependant, comme la réaction pupillaire fait parfois défaut, il est rationnel de penser que les ganglions de la base du cerveau peuvent quelquefois être touchés. La localisation occipitale se déduit par exclusion : en effet, le siège de l'amaurose ne peut se trouver dans le 1/3 postérieur des deux capsules internes, sinon elle serait accompagnée d'une anesthésie générale complète. Le siège bilatéral de la lésion expliquerait l'amaurose totale ; une lésion d'un seul lobe occipital, les phénomènes hémiopiques qu'on observe parfois.

Quant à la nature même du processus pathologique, nous en sommes réduits aux plus grandes hypothèses. Le caractère fugitif habituel de l'amaurose est contre l'hypothèse d'une lésion profonde, d'une destruction complète des éléments anatomiques.

La théorie mécanique de TRAUBE explique l'amaurose par un spasme artériel, entraînant une transsudation séreuse comprimant l'encéphale. Cet œdème cérébral par compression des lobes occipitaux entraînerait l'amaurose par compression des centres moteurs du cerveau et causerait les convulsions éclamptiques. On a signalé, en effet, dans certains cas d'amaurose, un léger degré d'œdème papillaire que cette théorie permettrait d'expliquer.

La théorie a été reprise avec de légères modifications par WIDAL (1), qui fait de l'amaurose la conséquence d'un œdème cérébral dû à la rétention chlorurée, par VAQUEZ, BAR, qui attribuent l'amaurose à l'hypertension toujours si marquée chez les éclamptiques (T. A : 21-25). Cette hypertension serait due à un resserrement des artères périphériques que VAQUEZ attribue à une hypersécrétion surrénale.

On revient ainsi à la théorie toxique de FRERICHS, et le poison gravidique devient alors la cause de l'amaurose. Que ce poison exerce une action vaso-constrictive sur les vaisseaux cérébraux, ou agisse directement sur l'écorce cérébrale (crampes, amaurose), ou la partie périphérique (atrophie optique post-amaurotique), il n'en reste pas moins vrai que cette action est d'ordinaire fugace et transitoire comme les troubles eux-mêmes qui en dérivent. Mais on peut concevoir une atteinte prolongée du poison, donnant naissance à une lésion profonde de l'écorce et entraînant par conséquent un trouble durable ; tel le cas de PICK où, à l'autopsie d'une femme atteinte d'une hémianopsie durable, on a trouvé un ramollissement limité à la deuxième circonvolution occipitale.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'amaurose albuminurique se fait en général facilement, quand on constate chez une femme enceinte albuminurique une cécité brusque ou tout au moins rapide, accompagnée ou non de crises éclamptiques, et sans lésions ophtalmoscopiques. Ce dernier signe est pathognomonique et différencie l'amaurose de la rétinite albuminurique et de la névrite optique. Toutes les fois d'ailleurs qu'après l'amaurose, l'acuité ne revient pas à la normale, il faut soupçonner une complication rétinienne ou névritique surajoutée.

(1) SCHMIDT-RIMPLER. — Uber urämische Amaurose. (*Berl. klin. Woch.*, 1870).
(2) BAUER. — *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXIII, p. 617.
(3) LORING. — *New York. med. Journ.*, 1883.
(4) SCHÖN. — Amaurosis completa. Eclampsia.Lethaler Ausgang *All. Wiener. med. Zeit.*, 1861, p. 433.
(5) STERN et BURNIER.—S. D et T. de l'éclampsie, *Gaz. Hôp.*, 1908.
(6) WOODS. — *Journ. of the Am. med. Assoc.*, 18 juillet 1908.
(7) PICK. — *Verein deutscher. Aerzte*, in Prag. 6 novembre 1903.
(8) ROTHMANN. — *Berliner Klin, Woch.*, 1895, p. 691.

(1) WIDAL et VAUCHER.— *Soc. méd. des hôp.*, 15 avril 1910.

C'est la présence d'albumine dans l'urine qui permettra le plus souvent d'affirmer la variété d'amaurose qui nous occupe, et de la distinguer d'autres amauroses qu'on peut également rencontrer chez des femmes enceintes.

Avant l'accouchement, on a signalé un certain nombre d'amauroses non albuminuriques ; et certains auteurs admettent même que l'état puerpéral le plus normal peut se compliquer d'amaurose. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il est possible de voir, sous l'influence gravidique, se réveiller une manifestation hystérique latente jusque-là, se traduisant par l'amaurose.

L'*amaurose hystérique* est d'ailleurs des plus délicates à reconnaître : une apparition brusque de la cécité sans lésions, même conservation des réflexes ; et quand ces troubles s'accompagnent, chez une femme enceinte, de crises d'hystérie, on conçoit que le diagnostic puisse être un moment hésitant. L'albuminurie et l'aspect spécial de la crise éclamptique différant de la crise hystérique attireront l'attention. De plus, l'amaurose hystérique est souvent unilatérale, bien que JACOBSON, HARLENT aient décrit des cas d'amaurose bilatérale. La cessation de la crise amaurotique est plus brusque que dans l'amaurose albuminurique. Elle laisse après elle non pas une diminution de l'acuité centrale, mais un rétrécissement notable et concentrique du champ visuel avec achromatopsie surtout marquée pour le violet et le vert. Enfin, les autres stigmates de l'hystérie : troubles divers de la sensibilité, de l'excitabilité, l'hémianesthésie, l'anesthésie du voile du palais, les contractures spéciales mettront sur la voie du diagnostic.

Quant aux amauroses sans albumine, survenant avant l'accouchement et accompagnées d'éclampsie, on ne peut se prononcer qu'après avoir examiné fréquemment et minutieusement les urines qui sont souvent le siège d'une albuminurie intermittente pouvant passer inaperçue à un examen superficiel. Mais, nous l'avons déjà dit (1), l'absence d'albumine n'est pas suffisante pour faire rejeter l'idée d'une amaurose par toxémie gravidique.

En cas d'amaurose non albuminurique survenant après l'accouchement, il faudra penser à l'*amaurose par perte sanguine*. Une hémorragie considérable n'est pas d'ailleurs nécessaire, tout dépend de l'état général de la femme ; chez la femme épuisée, une hémorragie même minime pourra déterminer plusieurs crises amaurotiques passagères. L'amaurose est d'ordinaire double, parfois un œil est plus atteint que l'autre. Elle s'installe tantôt d'emblée avec l'hémorragie, tantôt 24 à 48 heures, quelquefois 8 jours après. La réaction pupillaire à la lumière est ordinairement abolie. A l'ophtalmoscope on ne constate au début aucune lésion, sauf peut-être une pâleur générale de la rétine, surtout de la papille. Mais le plus souvent, il ne s'agit plus alors d'amaurose, on constate un substratum anatomique qui rend le pronostic de cette cécité plus grave que celui de l'amaurose albuminurique. La restitution complète de la vision ne survient que dans 20 % des cas environ. Ailleurs on peut observer une amélioration, mais la cécité peut demeurer complète.

Les cas d'amaurose dus à un *ictère gravidique* sont très rares. On ne connaît que deux observations : celle de LUTZ (2) et de LANDESBERG (3). Dans le cas de LUTZ, il s'agit d'une femme de 37 ans qui, le huitième mois de sa cinquième grossesse, présenta un ictère très marqué avec hémorragies sous-cutanées. Pas d'albumine dans l'urine. Amaurose bilatérale avec un peu d'amélioration avant l'accouchement. Mort deux jours après la naissance d'un enfant né avant terme.

LANDESBERG a vu chez une femme, à la fin de sa grossesse, survenir une amaurose complète qui dura 4 jours, et accompagnée d'un ictère très marqué. Urine non albumineuse.

Ces cas sont intéressants, car, dans l'ictère ordinaire même très accentué, on n'a pas signalé d'amaurose. Il semble donc que l'amaurose doit être attribuée non à l'ictère, mais bien à l'intoxication gravidique.

Peut-être faut-il expliquer de la même manière certains cas d'anesthésie rétinienne observés par SILEX chez des femmes enceintes chez lesquelles il n'existait aucun phénomène hystérique.

Dans tous les cas le fond de l'œil a été trouvé normal. C'est donc l'examen ophtalmoscopique qui permettra de différencier ces cas d'amaurose sans lésions des autres manifestations oculaires de l'albuminurie gravidique : la rétinite et la névrite albuminurique.

La *rétinite albuminurique* se reconnaîtra facilement à l'aspect stellaire de la macula, aux exsudats blanchâtres et hémorragiques disséminés dans la rétine. Le début est d'ailleurs moins brutal que dans l'amaurose vraie et les troubles visuels régressent moins rapidement. Plus rare est la *névrite optique* albuminurique. A l'ophtalmoscope, la papille est œdématiée, ses bords sont flous, se confondant avec la rétine avoisinante. Très tard, cet œdème peut faire place à l'*atrophie* papillaire avec toutes ses conséquences.

TRAITEMENT.

Le traitement de l'amaurose albuminurique gravidique sera à la fois prophylactique et curatif.

Au cours de la grossesse, on devra soigneusement pratiquer l'examen des urines dès le 5e mois et mettre la femme au régime habituel dès que la présence d'albumine est constatée. Nous n'insisterons pas sur cette précaution banale aujourd'hui et couramment observée.

Mais il faut savoir que les troubles oculaires peuvent précéder l'apparition de l'albuminurie et que parfois l'albuminurie est très peu abondante ou manque complètement.

Il existe par contre des vomissements répétés avec céphalée persistante, une agitation plus ou moins marquée, une diminution de la quantité d'urée excrétée. Ces signes de toxémie gravidique doivent mettre le médecin en garde et lui faire instituer le régime lacté.

Quand l'amaurose est déclarée, en raison de son caractère essentiellement transitoire, il y a peu d'indication à intervenir. Point n'est besoin de pratiquer une décapsulation rénale, qui a donné à POUSSON (1) quelques succès dans des cas de troubles fonctionnels oculaires d'origine albuminurique.

Mais si l'amaurose est ordinairement bénigne en soi, elle est cependant la marque d'une imprégnation grave de l'organisme par le poison gravidique, et elle annonce souvent l'éclampsie, quand elle ne l'accompagne pas. C'est donc, en réalité, beaucoup plus le traitement de l'éclampsie qu'on aura à instituer dans ces cas que le traitement de l'amaurose proprement dite.

C'est dire que, suivant ses préférences, on pratiquera ou non l'évacuation de la cavité utérine ; ou bien on prescrira un traitement antitoxique (diète hydrique, purgation, saignée). Nous dirons seulement que la saignée, qui donne d'excellents résultats dans le traitement de l'éclampsie pure, doit être ici maniée avec prudence, les yeux d'albu-

(1) BURNIER, *loc. cit.*
(2) LUTZ. — Mitt. der. Opht. Klin. in Tubingen II, 1884.
(3) LANDESBERG (cité par Cohn).— Uterus und Auge. Wiesbaden, 1890.

(1) POUSSON. — Chirurgie des néphrites, 1907.

minuriques étant très sensibles à la moindre hémorragie, Hirschberg (1) rapporte le cas d'une femme albuminurique au 6e mois de sa 2e grossesse et se plaignant de vertiges et d'un léger trouble de la vue. On fit une saignée qui amena rapidement une baisse de la vision et bientôt une cécité complète. La femme perdit connaissance et accoucha d'un enfant mort. Quand elle eut repris connaissance, la vue ne revint que progressivement. De plus, les cas d'atrophie optique par hémorragie au cours de l'accouchement ne sont pas rares (Kries, Chevallereau). Il faudra donc être prudent dans la soustraction de sang chez ces malades. D'ailleurs, le plus souvent, un traitement moins énergique amène rapidement la guérison de cette amaurose.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Agrégation.— Internat.

II.— Internat (2).

Toujours le concours et l'esprit de caste ; on veut faire savoir au public qu'il y a parmi les médecins, comme parmi les Indiens, des castes, la caste des médecins ordinaires, celle des internes quelconques, celles des internes universitaires, etc. Mais notre ami Jayle, dans la *Presse médicale*, a bien voulu montrer que la caste des internes de Paris était supérieure, cela n'a pas été du goût d'un interne bordelais. Examinons la question.

On a voulu fonder une Fédération de l'Internat français. Pourquoi ? Je n'en comprends pas l'utilité. Je suis chirurgien, je m'explique une association française ou internationale de chirurgiens : entre collègues, on cause la même langue, on se comprend, on se tient ainsi au courant et on a la possibilité de faire contribuer son expérience personnelle au progrès de son art, aussi je suis très heureux d'être membre de ces deux associations.

Et précisément à la dernière réunion de la Société Internationale de chirurgie à Bruxelles, j'ai eu le plaisir de voir un chirurgien distingué de Poitiers, Malapert, mon ancien collègue d'internat de Bicêtre ; nous avons été très joyeux de nous rencontrer et nous nous sommes promis de ne plus rester vingt ans sans nous voir. Que nous sommes-nous dit ? Rien ou à peu près, et cependant ce souvenir d'ancienne camaraderie fut délicieux. Voilà la raison d'une association d'anciens internes. Je regrette que le hasard malheureux m'ait empêché d'aller plus souvent au banquet annuel de l'Internat de Paris pour y revoir d'anciens camarades. Mais vraiment, je vous le demande quel intérêt quelle joie intime puis-je éprouver de revoir un interne de promotion de 1887 de Toulouse, ou un interne de la promotion de 1900 de Bordeaux ? Que les internes en exercice aient encore quelques intérêts communs, c'est possible, mais nous qui n'en sommes plus, allons-nous dicter et imposer nos idées aux jeunes en exercice que cela regarde.

M. Cruchet dans son article du *Progrès* du 9 juillet 1910, page 386, répond à notre ami Jayle qu'il n'a pas vu une grosse différence entre les internes de Bordeaux et les internes de Paris. Moi, je lui ai dit à Bordeaux que je n'avais pas vu une grande différence entre les agrégés et ceux qui ne le sont point. Mais je demanderai vraiment comment il se fait que M. Cruchet voie une différence entre les internes de Bordeaux et ceux de Nantes ? Pourquoi limiter la Fédération aux internes de villes possédant une Faculté ? Ainsi les internes d'Alger de la promotion de 1909 étaient indignes de faire partie de la société projetée, et ceux de 1910, par suite d'un décret qui ne peut rien changer à l'organisation ni au nombre de lits de l'hôpital de Mustapha, y ont au contraire leur place toute marquée.

Les internes d'une ville de 80.000 habitants comme Montpellier ou Nantes acquièrent la même expérience dans leur hôpital que ceux de Paris ; mais en revanche les internes d'une ville de 500.000 habitants comme Marseille n'apprennent rien à leur hôpital.

Si vous faites une Fédération de l'Internat français, vous devez réunir tous ceux qui ont été internes, quel que soit le nombre d'habitants de la ville, quel que soit le caprice des bureaux qui désignent tel établissement d'enseignement sous le nom d'Ecole ou de Faculté.

Et puis ce n'est pas tout, j'ai connu à Paris de nos camarades qui ont été 2 à 3 ans provisoires, qui ont rempli les mêmes fonctions que nous, qui ont vécu dans le même milieu, qui étaient aussi instruits mais qui étaient moins doués au point de vue de la copie écrite. Ceux-là devraient faire partie de la Fédération. Les anciens internes de même ville peuvent se réunir parce que les membres de ces associations ont des souvenirs communs et si, en plus, en se réunissant, ils peuvent faire du bien à quelques collègues malheureux, ils se seront procuré un double plaisir.

Une fois sortis de l'Internat, nous sommes des médecins praticiens. Qu'on fonde des associations corporatives de gens exerçant les mêmes fonctions ou le même métier, c'est utile ; l'échange des idées, l'étude en commun de questions à l'ordre du jour, l'influence sur les pouvoirs publics pour faire adopter telle réforme, justifient ces fondations.

Ainsi il y a des associations de chirurgiens, d'oculistes, de laryngologistes, et tous les praticiens se réunissent pour la défense de leurs intérêts commun en syndicats et unions de syndicats. On a fondé une association du corps enseignant ; il est vrai qu'on en a exclu les gens qui ont une grande pratique de l'enseignement mais qui exercent à Marseille, Nantes ou Rouen.

M. Cruchet parle de décentralisation, c'est très juste, mais la décentralisation consiste précisément, quand on est de Bordeaux, à rester de Bordeaux sans vouloir être confondu avec Paris. Les Lyonnais ne réclament pas une fusion avec Paris ; que les gens de Toulouse restent à défendre leurs intérêts.

A mon avis, les hommes n'ont de valeur que par la capacité à remplir les fonctions dont ils se chargent ; peu importe que les bons médecins aient appris leur métier à Bordeaux ou Nantes, peu importe qu'ils aient été internes titulaires ou provisoires ou simples stagiaires ; ce qui importe, c'est leur valeur professionnelle.

Robert Sorel,
de Dijon.

(1) Hirschberg. — Klin. Beobacht. aus seiner Heilanstalt.
(2) Voir le Bulletin du *Progrès médical* du 20 août 1910.

MEDECINE PRATIQUE

L'emploi du « 606 »

Le « 606 » fait du bruit dans le public avant que les médecins soient informés de ses vertus, car en France, nous n'avons pas été favorisés pour l'étude de ce médicament qui fait tant parler. A peine sommes-nous cinq ou six à posséder ce produit rare. Il est vraisemblable qu'il ne tardera pas à se répandre dans le commerce. C'est pour permettre aux médecins de connaître son mode d'emploi que nous publions ici cet article de vulgarisation.

Le « 606 » n'est pas, en effet, comme les sels mercuriaux ou arsenicaux habituellement employés dans la thérapeutique de la syphilis, tout prêt à être injecté. C'est une poudre servie en tubes qu'il faut dissoudre et qui doit subir une série de manipulations avant d'être injectée.

C'est cette préparation extemporanée que nous expliquons ici, en avertissant les lecteurs qu'elle est toujours longue, durant une demi-heure environ, et qu'elle doit être faite avec les précautions d'asepsie les plus minutieuses sous peine d'injecter à son malade des microbes pyogènes, voire même des spores tétaniques autrement dit de donner des phlegmons ou même le tétanos.

***

Matériel. — Une lime.

Un mortier de petite dimension avec son pilon.

10 pipettes stérilisées.

Tubes à essai.

Alcool méthylique.

Eau distillée bouillie dans un ballon ou mieux stérilisée à l'autoclave à 120 pendant une demi-heure.

Lessive de soude du commerce.

Solution décinormale de soude stérilisée : il est bon d'avoir plusieurs flacons stérilisés, de manière à ce que tout flacon ouvert une fois ne resserve plus

Acide acétique cristallisable.

Solution alcoolique de phénolphtaléine.

Support pour poser les pipettes de telle façon que leur extrémité libre ne touche aucun objet après avoir plongé dans les liquides employés et qu'elles puissent être à nouveau utilisées et replongées dans les liquides sans avoir été contaminées.

***

Préparation de la solution. — Le « 606 » est livré dans de petits tubes cylindriques, présentant une extrémité rétrécie conique *a*, *b*, *a*, fermée à la lampe. Il faut l'en sortir.

Il est bon de s'assurer tout d'abord que le « 606 » est bien à l'état de poudre capable de s'écouler par l'orifice et non en grumeaux qui pourraient l'obstruer.

Au cas de grumeaux, il faut agiter, frapper sur le verre jusqu'à résolution pulvérulente.

La partie rétrécie, la base du cône en *a a* est sectionnée : pour cela, on marque à la base de ce petit cône trois ou quatre traits de lime qui permettent de le briser facilement. Il est bon de saisir les deux extrémités du tube avec un linge pour avoir plus de prise sur le verre glissant et pour éviter de se blesser au cas d'une brisure inégale ou d'éclatement. Il est nécessaire d'ouvrir le tube à la base du cône, pour avoir une ouverture assez large pour permettre à la poudre de s'échapper.

Au cas où des grumeaux se présenteraient à l'ouverture, il faudrait les émietter avec une aiguille stérilisée.

Le *mortier* doit être stérilisé avec le plus grand soin : le pilon est passé à la flamme d'une lampe à alcool ou d'un bec Bunsen ; le mortier est flambé à l'alcool ou à l'éther en ayant soin de le pencher en tous sens, pour que ses parois soient léchées par les flammes, condition essentielle de la stérilisation d'un récipient. Sans cette précaution, l'alcool brûle mais laisse indemne le vase tout comme la mèche d'une lampe.

Le « 606 » se présente sous la forme d'une poudre blanc jaunâtre. Chaque tube renferme 0 gr. 30, ou 0 gr. 40, ou 0 gr. 50, ou 0 gr. 65 du produit. L'indication de cette quantité est inscrite à l'encre sur le tube. La totalité du contenu d'un tube, qui représente une dose à injecter en une seule fois, est versée dans le mortier. Avec une pipette stérilisée, on verse goutte à goutte sur la poudre dix à vingt gouttes d'*alcool méthylique* tandis qu'on mélange avec le pilon. Le sel fond vite et fait une pâte jaunâtre qui colle aux parois du mortier. Il ne faut pas avoir peur de tourner longtemps et de mêler avec soin, de manière à éviter les grumeaux.

On ajoute ensuite, goutte à goutte, 1 à 2 cmc. (suivant la quantité de sel employé) de *lessive de soude commerciale* préalablement stérilisée à l'autoclave ou en la faisait bouillir cinq minutes dans un tube à essai. Le liquide est de couleur jaune foncé. On agite toujours avec le mortier pour avoir une solution absolument limpide, qu'on étend avec 1 ou 2 cmc. d'*eau distillée stérile*.

On verse alors, *goutte à goutte*, toujours avec une pipette stérilisée, de l'acide acétique cristallisable. On obtient ainsi peu à peu un fin précipité grisâtre qui indique la fin de la réaction. Le début de la réaction se marque par l'apparition du précipité au voisinage de chaque goutte d'acide acétique. Ces précipités partiels indiquent là, comme ailleurs dans toutes les réactions chimiques, l'imminence du précipité total et, par suite qu'il ne faut plus verser les gouttes d'acide qu'avec précaution. Quand celui-ci est obtenu, la solution pourrait être employée telle quelle. Mais la trop grande alcalinité ou plus encore l'acidité du produit, si l'on avait trop ajouté d'acide, produiraient chez le patient des douleurs extrêmement vives. Il importe d'injecter un produit neutre le plus exactement possible.

On se rend compte de la réaction du milieu en y versant deux à trois gouttes de *phénolphtaléine*. Généralement le liquide ne prend aucune coloration, ce qui indique son acidité. On verse dès lors, goutte à goutte, de la solution décinormale de soude, jusqu'à imminence du virage au rouge, indice de l'alcalinité. On reste ainsi à la limite de l'alcalinisation et le produit peut être injecté.

***

L'injection. — On voit que la solution de dioxydiamidoarsenobenzol est assez difficile à préparer : elle a l'apparence d'un fin précipité couleur purée de pois un peu grisâtre.

Elle ne doit pas renfermer de grumeaux. On se rend très bien compte de sa bonne préparation en l'aspirant dans une seringue, par *l'aiguille montée* et non par la tubulure de la seringue.

S'il y a des grumeaux, ils s'arrêteront au biseau de l'aiguille, ce qui est préférable qu'une obstruction au moment de l'injection.

Puisque la solution renferme une quantité non dosée de liquide, ou du moins très approximative, on ne pourra pas se baser sur le volume total, variant de 5 à 10 cmc., mais seulement sur la quantité de sel versée dans le mor-

tier. Et l'on injectera la totalité du mélange, représentant de 0.40 à 0.60 cmc. suivant les cas.

L'injection doit être faite intramusculaire ou mieux sous-cutanée, entre les deux épaules, la moitié du liquide étant injectée d'un côté, l'autre moitié de l'autre, à gauche et à droite de la colonne vertébrale par conséquent. Il faut pousser le liquide très lentement. Il va sans dire que la peau a été préalablement soigneusement lavée à l'alcool ou à l'éther.

***

Résumé. — 1° Rompre le tube et verser le « 606 » dans un mortier stérilisé ;

2° Verser quelques gouttes d'alcool méthylique et dissoudre en écrasant au pilon, jusqu'à obtention d'une pâte jaune gomme gutte ;

3° Verser 1 à 2 cmc. de lessive de soude commerciale et bien dissoudre au pilon ;

4° Etendre de 1 à 2 cmc. d'eau stérilisée ;

5° Verser goutte à goutte de l'acide acétique cristallisable jusqu'à obtention d'un fin précipité jaune grisâtre ;

6° Verser 2 gouttes de phénolphtaléine ;

7° Neutraliser à la solution décinormale de soude stérilisée ou à l'acide acétique suivant réaction ;

8° Aspirer à la seringue chargée de son aiguille.

G. Milian.

ÇA ET LA

Sur une nouvelle formule de pommade.

C'est un glycérolé sans amidon, obtenu simplement par le mélange à chaud de la glycérine avec les produits utiles de la pommade.

Dans une capsule de porcelaine chauffée au bain d'huile à 125 degrés environ on fait fondre ensemble :

Antipyrine	188 grammes.
Résorcine	110 —
Terpine	180 —

on obtient un produit de consistance huileuse qui, par refroidissement, se prend en une masse vitreuse transparente. Cette masse vitreuse a la curieuse propriété de se dissoudre à chaud dans la glycérine et de donner, par refroidissement, un mélange qui ressemble tout à fait au *cold cream*, quand il vient d'être fait. Pour obtenir ce résultat, les quantités de mélange sus-indiquées doivent être triturées avec un kilogramme de glycérine.

Cette pommade jouit des propriétés de ses constituants, elle est légèrement antiseptique, sans causticité, elle exerce une action calmante sur la peau, et, par son antipyrine, elle est hémostatique. Comme topique, elle possède une propriété précieuse, c'est de pouvoir être enlevée rapidement avec de l'eau, tous ses éléments étant solubles. (M. Monteil). (*Bull. com. des pharm.*, n° 6, juin 1910.)

Préparation de la viande crue.

Dans son livre : *Régimes alimentaires*, M. le Dr Marcel Labbé a intitulé un chapitre : Cuisine des tuberculeux d'où nous extrayons la préparation de la viande crue.

Préparation de viande crue. — On utilise en général la viande de mouton, de cheval ou de bœuf. La viande de mouton est prise de préférence dans la côtelette première ou le gigot ; celle de cheval dans la tranche, la semelle ou la culotte ; celte du bœuf dans la tranche (Hirtz et Beaufumé).

La viande est d'abord soigneusement dégraissée puis on la racle pour séparer les déchets fibreux de la pulpe. Il ne faut jamais la hacher, car les déchets restent ainsi mélangés à la pulpe. Pour la racler, on peut couper la viande en tranches de 5 millimètres d'épaisseur, de préférence obliquement à la direction des faisceaux musculaires : on la place sur un billot de bois et avec un couteau émoussé on racle la surface de la tranche, d'abord sur une face, puis sur l'autre jusqu'à ce qu'on ait séparé toute la pulpe du tissu fibreux ; le déchet est d'environ un cinquième. On peut se contenter du raclage, mais on obtient une pulpe encore plus fine quand on triture ensuite au pilon et qu'on passe au tamis.

Pour râper la viande, il est utile d'avoir une petite plaque de marbre encastrée dans une planche de hêtre épaisse à plan légèrement incliné. Pour piler la viande, on aura un petit mortier en marbre blanc et son pilon en bois dur. Pour passer la viande au tamis, le tamis ordinaire en toile métallique, monté sur cercle de bois, suffit. Néanmoins, pour les traitements de longue durée, Montagné et Regnault conseillent un tamis spécial, composé d'une toile métallique à mailles serrées de 0 m. 30 de diamètre, montée sur un cercle en fer étamé muni d'une clé pour pouvoir tendre la toile. Le cercle peut ainsi servir indéfiniment.

Il y a bien des manières d'ingérer la viande crue : le plus simple est de la rouler en petites boulettes qu'on avale sans mâcher et qu'on peut assaisonner avec un peu de sel, de sucre, de chocolat râpé, de rhum, de jus de citron ou de jus de viande. On peut la prendre en tartines entre deux tranches de pain. On l'avale comme un cachet dans du pain azyme. On peut la mélanger avec de la confiture de groseilles, de cerises, etc., ou avec du sirop d'écorces d'oranges amères pour faire une sorte de conserves qui en déguise fort bien l'aspect et le goût. On peut encore la mélanger à des purées de légumes. Un des meilleurs moyens est de l'incorporer à du bouillon tiède, auquel on ajoute un jaune d'œuf, ce qui constitue un excellent potage ; le bouillon doit être seulement tiède pour ne pas coaguler la viande.

Ainsi présentée, la viande crue est parfaitement tolérée chez les adultes. à la dose de 100 à 300 grammes par jour.

Conserve de Damas. — La conserve de Damas, déjà recommandée par Trousseau, a la formule suivante :

Viande pulpée	60 grammes
Sel	1 gramme
Gelée de fruits	500 grammes

Elle déguise si bien le goût de viande que M. Labbé a vu des malades en prendre pendant longtemps sans douter qu'ils mangeaient de la viande.

Marmelade de viande. — Martinet recommande aussi la marmelade de viande.

Viande pulpée	180 grammes
Sucre pulvérisé	50 grammes
Vin de Banyuls	50 grammes
Teinture de cannelle	3 grammes

Montagné et Regnault indiquent quelques préparations de viande crue utile à connaître :

Sandwiches à la viande crue. — Tartiner d'une couche de viande crue passée au tamis fin des tranches minces de pain de mie (pain anglais). Réunir ces tranches deux à deux, les souder en appuyant et servir aussitôt. Ces sandwiches, qui peuvent être servis avec le thé, sont de composition variable. On peut leur ajouter les ingrédients suivants ayant pour objet d'atténuer la fadeur de la viande crue : jaunes d'œufs durs hachés, maigre de jambon cuit haché, feuilles de cresson, gelée de groseille, marmelade d'orange, etc. Un sandwich de 10 centimètres carrés peut recevoir 30 grammes de viande.

Canapés variés. — Les canapés, de dimensions moindres que les sandwiches, ne sont pas doubles. Les tranches de pain de mie sont taillées de forme rectangulaire et tartinées après avoir été colorées sur le gril. On peut les saupoudrer de jaune d'œuf dur haché ou de maigre de jambon cuit haché finement.

Boulettes et pastilles de viande crue. — Après avoir haché ou râpé la viande, la diviser en petites boules de 8 à 10 grammes, que l'on roulera dans du maigre de jambon cuit, finement haché. Pour les pastilles, aplatir légèrement les boulettes.

La pulpe de viande crue s'ajoute aux divers potages au dernier moment. Les potages doivent être tièdes, de façon à ne pas coaguler l'albumine de la viande.

Entremets et desserts à la viande crue. Tartelettes. — Une tartelette en pâte sucrée ou sans sucre, ayant de 6 à 8 centimètres de diamètre et pesant 15 à 25 grammes, peut recevoir de 30 à 50 grammes de viande crue hachée. Recouvrir d'une couche très serrée de gelée de groseille. Ainsi présentée, la viande crue est très agréable à manger. Une personne d'appétit moyen peut, à son dessert, manger deux tartelettes semblables. Ces tartelettes peuvent être variées en les recouvrant de gelées ou de marmelades diverses.

Eclairs. — Avec de la pâte à choux, préparer des éclairs de petite dimension. Les faire cuire et, sitôt refroidis, les fendre sur un côté et les remplir d'une forte cuillerée de pulpe de viande, additionnée de gelée de groseille ou autre. Ces éclairs peuvent contenir de 30 à 50 grammes de viande crue.

Bouillon à la bouteille (A. Gautier). — Couper de la viande maigre de bœuf, de veau ou de mouton en petits morceaux de 1 centimètre cube environ, qu'on met dans une bouteille à goulot un peu large, sans autre addition. Boucher solidement et chauffer la bouteille dans un bain-marie bouillant pendant quarante à cinquante minutes.

Avec 1 livre de viande, on obtient ainsi 150 centimètres cubes environ d'un bouillon très concentré qui peut être donné par cuillerées à des malades ou à des convalescents pour stimuler le cœur et le système nerveux.

Tuberculose septicémique et occulte.

L'infection tuberculeuse revêt des caractères différents suivant la qualité du virus, l'état du sujet et le mode d'inoculation :

1° Le virus pénètre silencieusement dans l'organisme et produit d'emblée au point où il s'installe des lésions tuberculeuses classiques ;

2° Des bacilles peuvent s'échapper des lésions à des intervalles indéterminés, se répandre dans le sang, provoquer des accidents généraux, et aller se cantonner dans d'autres régions où ils provoqueront à leur tour des lésions classiques (*typho-bacillose secondaire*) ;

3° Ou bien, des bacilles pénétreront surtout dans le torrent sanguin, dès leur entrée dans l'organisme, causeront des troubles généraux légers, puis se fixeront, et produiront des lésions *in loco* et en même temps des troubles généraux plus ou moins graves (*typho-bacillose primitive*) ;

4° Tels bacilles virulents pénétrant en très petite quantité dans un organisme normal ou doué d'une certaine résistance spécifique produiront une localisation tuberculeuse très circonscrite, sommeillante (*tuberculose latente*), ou bien séjourneront, tout en gardant leur virulence, dans des viscères ou des ganglions lymphatiques normaux où ils sont une menace pour le sujet (*infection tuberculeuse* ou *bacillose latente*) ;

5° Des bacilles modifiés dans leur virulence, en même temps qu'atténués, après avoir circulé avec le sang, se fixent dans les organes parenchymateux, notamment le foie et la rate et engendrent des lésions microscopiques du type Yersin (*infection tuberculeuse dissimulée atypique*) ;

6° Enfin, les mêmes bacilles, pénétrant à très petites doses dans le sang ou à faibles doses sur des sujets de grande taille, se fixent en si petite quantité çà et là dans les organes parenchymateux, qu'ils n'y produisent même pas de lésions microscopiques certaines (*infection tuberculeuse occulte*).

Dans les cas de cette sorte, on pourrait supposer que les sujets ont été mis en rapport avec des bacilles dépourvus de toute activité.

Il n'en est rien, comme le démontrent des observations subséquentes.

Ainsi, parmi un lot de lapins inoculés dans les veines avec une très petite dose de bacilles homogènes, quelques sujets conservent pendant un an et plus les signes d'une bonne santé, puis sont frappés un beau jour d'accidents révélateurs d'une infection tuberculeuse antérieure. Ce sont des arthrites ou des synovites spécifiques qui atteignent ces animaux dont les viscères sont reconnus indemnes à l'autopsie. (ARLOING. *Presse médicale d'Egypte*, 1er août 1910, p. 257.)

Dr FRANÇIS.

XXe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

de langue française (Bruxelles, Août 1910).

(*Fin*) (1).

PSYCHIATRIE

Les délires d'imagination.

MM. Dupré et Logres (de Paris) proposent de désigner sous ce nom les processus morbides de l'imagination créatrice, c'est-à-dire de cette activité psychique qui, pour l'association des images et des idées, aboutit à des combinaisons nouvelles, à des systèmes originaux, de nature objective et d'origine autogène. Ces produits de l'esprit expriment, par leur orientation, les tendances constitutionnelles des sujets.

Les troubles de l'imagination, qui jouent évidemment un rôle dans la constitution de tous les délires, représentent, l'origine et dans le mécanisme de certains d'entre nous, l'élément pathologique principal, et confèrent au syndrome des caractères qui distinguent les délires imaginatifs des délires confusionnels hallucinatoires ou interprétatifs.

Dans les délires d'imagination, l'idée morbide éclôt, soit à l'occasion d'un fait objectif, soit spontanément, par invention, par intuition directe, par auto-suggestion. Le délire n'est pas secondaire à des troubles de la perception ni à un vice du raisonnement ; il s'improvise d'emblée et se développe par une fabulation extensive plus ou moins riche et cohérente.

Le délire d'imagination se rencontre, à titre de syndrome associé, au cours de bien des états morbides : dépression et surtout excitation ; compression mentale subaiguë ou chronique, dans laquelle, au rêve hallucinatoire véritable, succède la rêverie fabulante ; démences, dans lesquelles, associée à l'amnésie de fixation, la fabulation crée le syndrome presbyophrénique ; paralysie générale, dans laquelle le délire imaginatif atteint les proportions les plus fantastiques, etc.

Le délire d'imagination s'observe, à l'état isolé, chez les débiles à titre de bouffée épisodique, ou au cours de psychoses chroniques à évolutions démentielles.

Le délire d'imagination se manifeste sous forme d'idées de persécution, d'hypocondrie et surtout de grandeur ; principalement chez les inventeurs, les réformateurs, les fondateurs de religions, de systèmes politiques, etc. On l'observe chez les malades à la fois imaginatifs et interprétateurs, persécuteurs familiaux, faux grands personnages, bien étudiés par Sérieux et Capgras.

Enfin, le délire d'imagination affecte avec l'hystérie les rapports les plus étroits. On peut, en effet, considérer l'hystérie comme une fabulation-simulation de symptômes plus ou moins inconscients et involontaires impossibles à distinguer de la simulation intentionnelle.

Psycho-polynévrite chronique.

M. *Gelma* (de Paris). — Il s'agit d'une femme de 79 ans qui, depuis 2 ans, présente de l'affaiblissement intellectuel où domine surtout la confusion, l'*onirisme*, l'*amnésie de fixation*. Chez cette femme, on trouve, avec la presbyophrénie, de la polynévrite chronique des membres inférieurs (abolition des réflexes tendineux, troubles sensitifs et trophiques). Un grand nombre de presbyophréniques ont des accidents polynévritiques, ce qui fait penser à une liaison étroite entre ces deux syndromes. Il s'ensuit qu'il y a peu de différence entre la psycho-polynévrite chronique et l'affaiblissement presbyophrénique, car le plus souvent la presbyophrénie est le reliquat d'une ancienne psycho-polynévrite aiguë ou subaiguë, lorsqu'elle ne s'est pas installée chroniquement d'emblée.

Note sur la formule leucocytaire dans la manie et la mélancolie.

MM. Parhon et *Urechie* (de Bucarest). — Les auteurs ont examiné la formule leucocytaire de plusieurs cas de manie et de mélancolie ou de psychose périodique. Ils ont trouvé d'une façon constante l'augmentation numérique des mononucléaires.

Ce fait est à rapprocher de ce qu'on observe dans le syndrome de Basedow et semble apporter un nouvel appui à l'hypo-

(1) Voir les 2 derniers numéros.

thèse de Parhon et Morlé sur la nature hyperthyroïdienne ou par perversion de la fonction thyroïdienne des psychoses en question.

Un cas de trémophobie.

M. Meige (de Paris). — La *trémophobie* est la peur de trembler. Cette variété de phobie n'est pas rare chez les sujets qui présentent du tremblement de la tête ou des membres, le mot « tremblement » étant pris dans son acception la plus générale, et non dans son sens strictement nosologique.

La trémophobie participe à tous les caractères des obsessions ; elle se rapproche surtout de l'éreuthophobie. Rougeur et tremblement ne sont, en effet, que des manifestations réflexes de l'émotivité. Ces phénomènes sont d'ordre banal ; mais, quand ils viennent s'accompagner d'un véritable état obsédant, ils offrent davantage d'intérêt pour le psychiatre.

La trémophobie peut avoir pour point de départ un tremblement véritable, tremblement dit constitutionnel, héréditaire, névropathique, tremblement dit sénile, ou toute autre variété de tremblement liée à une affection trémogène, comme la maladie de Parkinson, la maladie de Basedow, la sclérose en plaques, etc.

La peur de trembler se relie aussi à des idées de toutes sortes : idées d'humiliation, idées de déchéance, préoccupations nosophobiques. Beaucoup de trémophobes redoutent que leur tremblement ne soit l'indice d'une affection nerveuse incurable : la trémophobie est fréquente chez les sujets atteints de torticolis convulsif.

L'auteur rapporte un cas très net et très simple de phobie du tremblement, caractérisé principalement par la crainte des conséquences que pourrait avoir ce trouble moteur au point de vue professionnel. Cette phobie est apparue chez un sujet manifestement névropathe et psychopathe (ses crises d'asthme et ses appréhensions vertigineuses en font foi), mais qui est également un trembleur héréditaire.

Le tremblement, quel qu'il soit, peut donc être, chez les sujets prédisposés, le point de départ de troubles psychopathiques a forme obsédante. Il y a donc lieu, lorsqu'on examine un tremblement, non seulement d'analyser les caractères objectifs de son tremblement, mais de rechercher la répercussion mentale qu'il peut avoir, et, inversement, il faut aussi chercher à apprécier le rôle joué par la trémophobie dans l'apparition ou l'exagération du tremblement.

La base organique de l'éreuthophobie.

M. P. Hartenberg (de Paris). — Dans cinq cas de phobies de rougir qu'il a observés dans ces derniers temps, l'A. a constaté les signes somatiques suivants. D'abord un état d'éréthisme cardio-vasculaire très accentué. Le cœur est vibrant et bondissant, il bat à coups violents contre la poitrine, même en dehors de toute émotion. Les carotides au cou sont dilatées, d'un calibre plus large que normalement et animées de battements très forts. Ces battements se propagent dans les artères de la face, de sorte qu'on aperçoit toutes les branches de la faciale et de la temporale battant sous la peau. Ensuite, ces sujets accusent une tendance aux bouffées de chaleur à la tête, même en dehors de toute émotion. Ils transpirent aussi facilement et le front et les joues se couvrent de sueur. Enfin, tous ont une tendance au dermographisme plus ou moins marqué sur tout le corps.

Ces constatations engagent l'auteur à penser que la phobie de rougir est préparée par des conditions physiologiques qui constituent le fondement organique de l'éreuthophobie.

Il s'agit ici, semble-t-il, d'un éréthisme cardio-vasculaire, d'une instabilité vaso-motrice anormale, sur lesquels se fixe l'émotion anxieuse pour constituer la phobie.

Cette constatation est intéressante à un double point de vue : d'abord, parce qu'elle montre une fois de plus que la plupart des troubles psycho-névropathiques ont un point de départ et une base organiques ; ensuite, parce qu'elle fournit des indications utiles pour le traitement.

THÉRAPEUTIQUE.

L'inutilité de l'isolement dans le traitement des névroses. La supériorité de la cure libre.

M. P.-E. *Lévy* (de Paris).— Par l'histoire même de l'isolement, l'auteur montre que le mot a successivement abrité des conceptions fort différentes. Avec Weir-Mitchell, on a considéré, tout d'abord, l'isolement comme destiné essentiellement à permettre une application plus facile de diverses méthodes de traitement physique. Avec Dubois, mais surtout avec Déjerine, on a prétendu y voir avant tout une condition plus favorable à la mise en œuvre de la thérapeutique morale ou psychothérapie. Or, la psychothérapie bien comprise ne conduit nullement à la conception de l'isolement, mais à une conception tout opposée qui est la *cure libre*.

1° Cette cure libre, en dépit des opinions classiquement enseignées, est-elle possible ? C'est ce que démontre à l'auteur son expérience longuement suivie. La presque totalité des névroses de toute nature, neurasthénies, phobies, obsessions, etc., peuvent être traitées dans ces conditions. On ne peut faire exception que pour certains cas où l'action exercée sur l'esprit du sujet doit se faire très simpliste, telle que l'aviscie, ceux encore où la forme par trop mentale, l'agitation du malade, jettent dans l'entourage de celui-ci une trop grande perturbation.

2° La cure libre est-elle préférable ? Il suffit, pour s'en rendre compte, de considérer les rechutes si fréquemment observées après le traitement par l'isolement, même prolongé parfois pendant des semaines et des mois, et qui en sont assurément la conséquence directe : le malade, momentanément séparé des causes qui ont provoqué son affection, retombe, parfois presque soudainement, dès qu'il se trouve replacé en contact avec elles.

Ces rechutes ne s'observent pas, au contraire, après le traitement en cure libre, dans lequel on aura entraîné progressivement le malade à réagir et à s'adapter à ces diverses causes.

Le traitement électrique des hémiplégies.

M. *Raoult-Deslongchamps* (de Paris). — Le but que doit poursuivre le médecin en pareil cas est la restitution intégrale de tous les mouvements dans un minimum de temps. Or, la lésion est d'origine centrale, et c'est au centre qui a été lésé que l'on doit s'adresser pour le reconstituer ; l'auteur envisage donc le traitement électrique comme un moyen de rééducation, et le résultat ne sera réellement bon que si, en provoquant électriquement un mouvement, on fait le malade penser, vouloir le mouvement que le courant provoque dans ses muscles. Or, nous avons maintenant des appareils qui refluent les différents courants, les font croître ou diminuer progressivement et donnent une contraction musculaire progressivement croissante, se rapprochant de la contraction physiologique, au lieu du choc brusque que donne le courant faradique ou le courant continu à l'état variable tel qu'on l'employait autrefois.

Traitement électrique des névralgies.

M. *Foveau de Courmelles* (de Paris). — Les névralgies faciales, intercostales et sciatiques, les plus fréquentes, résistent souvent à toutes les médications et opérations même, et recourent en dernier ressort à la physiothérapie qui doit, elle-même, varier ses procédés. Le courant galvanique, bien continu, à la portée de tous les praticiens, avec pôle positif sur la région douloureuse, donne de très bons résultats et est bien supporté, s'il est bien constant et avec de bonnes électrodes. Le courant faradique et le massage vibratoire sont moins fidèles. La lumière bleue, soleil ou électricité avec verres bleus, est sidérante ; les rayons ultra-violets sont plus puissants, les rayons Rœntgen plus encore, et le radium a une action sédative des plus nettes.

Le prochain Congrès se réunira à Tunis, en avril 1911. Questions adoptées : *Les perversions instinctives*. M. Dupré (de Paris), rapporteur ; *L'assistance des aliénés aux colonies*.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

Le Congrès international de médecine légale s'est tenu à Bruxelles du 4 au 10 août. A côté des perfectionnements techniques concernant les problèmes classiques, des questions imparfaitement connues ont été traitées ; telle la mort par l'électricité.

La question de la responsabilité criminelle a tenu aussi une large place et s'est solutionnée par un vote opposé à celui du Congrès de Genève, d'il y a 3 ans.

Première Question

Examen médico-légal des taches de sang.

M. Stockis (Liège), *rapporteur*. — Sur les lieux on est amené à rechercher le sang sur les objets les plus divers, le sol, les meubles, dans les liquides où des instruments ont pu être lavés, ou sur les linges qui auraient servi à les essuyer, sur les vêtements et enfin sur les armes.

Cette recherche varie dans les différents cas.

Le sang, se desséchant au contact de l'air, est susceptible de prendre des colorations variées, ce qui rend sa recherche peu aisée. Aussi est-il bon de rappeler que les taches brunâtres et rougeâtres se détachent mieux du fond qui les porte, quand on les examine avec un écran rose. Celui-ci peut être fabriqué au moyen d'une plaque de verre gélatinée, colorée dans un bain d'éosine. Les taches suspectes doivent être distinguées et spécifiées en éclaboussures, gouttes, frottis, empreintes.

Ce premier examen général a pour complément nécessaire la photographie.

Pour le diagnostic de la présence du sang, on peut recourir : *a*) à des moyens d'orientatien ; *b*) à l'examen spectroscopique ; *c*) à la recherche histologique ; *d*) aux recherches cristallographiques.

a) Les recherches d'orientation précisent la situation des taches, qui réclameront un examen ultérieur approfondi.

La plus connue est celle de Van Deen, qui utilise la teinture de gaïac et la térébenthine ozonisée. Mais la belle coloration bleue qu'on obtient en présence du sang n'est pas spécifique et s'obtient avec toutes les substances réductrices.

Cependant le procédé a une valeur indéniable, puisque la réaction négative, c'est-à-dire l'absence de coloration bleue, permet presque toujours d'exclure la nature sanguine des taches examinées.

Il en est de même du procédé très sensible de Kastle Meyer.

On emploie généralement dans les laboratoires la réaction de Schonbein par l'eau oxygénée, qui donne rapidement à la tache une coloration d'un blanc mat très visible. Nous recommandons ce procédé, car le réactif n'exerce pas d'action destructive sur la matière colorante du sang et ne nuit pas aux recherches ultérieures.

Nous avons obtenu de bons résultats avec l'ammoniaque additionné de 5 % d'hydrate d hydrazine employé en badigeonnage les taches prennent une belle teinte rouge. Nous avons obtenu d'assez bons résultats également en exposant le tissu à la vapeur d'eau puis aux vapeurs de sulfure ammoniaque. Cette opération ne rougit le sang que pour un instant, mais ne détériore ni ne mouille les taches et leur support.

Il s'agit maintenant de faire passer en solution la tache suspecte.

Le sang frais se dissout bien dans l'eau distillée ; le sang vieux de quelques jours, le plus souvent transformé déjà, soit en hémoglobine, soit en hématine, est devenu peu soluble dans l'eau.

Des nombreux procédés proposés pour solubiliser le pigment sanguin, la plupart ont le défaut capital de dissoudre en même temps que le sang des substances qui peuvent nuire aux recherches ultérieures, telles que les matières tinctoriales des vêtements.

Neus avons essayé systématiquement l'ammoniaque pur, qui nous a permis d'obtenir avec les meilleurs résultats toutes les réactions caractéristiques du sang. Ce réactif présente les avantages suivants :

1° Il jouit d'un pouvoir dissolvant considérable sur le vieux sang transformé en hématine ou en méthémoglobine. Les solutions ammoniacales faibles sont de mauvais dissolvants ; à mesure que l'on concentre la solution, la solubilité du sang augmente. Avec l'ammoniaque du commerce il n'est pas nécessaire d'opérer à chaud ; mais si on élève la température, la solution se fait plus vite et plus complètement. L'ammoniaque permet l'extraction totale des taches de sang, vieilles de plusieurs années, sur les tissus, et rend possible une détermination *quantitative* du sang épanché. Les solutions se prêtent à toutes les réactions ultérieures ;

2° Il ne dissout pas l'indigo, ni à froid, ni à chaud. Il constitue donc le seul dissolvant possible pour l'examen des tissus teints avec cette substance ;

3° Il dissout peu de teintures d'aniline courantes ; exception doit être faite pour la rhadamine, dont on se sert communément pour teindre en rose. Sa solution présente au spectroscope une large bande d'absorption couvrant toute la région de l'orange et du jaune, et masquant les raies caractéristiques du sang.

4° Il laisse, sans les dissoudre, les impuretés telles que la rouille, la chlorophyle, etc.

5° Il est un clarifiant parfait.

6° Sa volatilité permet à tout instant de l'éliminer, soit partiellement pour diminuer l'alcalinité du liquide, soit complètement pour obtenir un dépôt sec d'hématine à l'état pur. Chauffées à une température inférieure à celle de l'ébullition, ou abandonnées à l'air sous une large surface, les solutions deviennent rapidement des solutions aqueuses pures permettant ainsi de réaliser le transport des taches sur des supports plus appropriés.

Tous ces avantages nous font préférer l'ammoniaque à ses dérivés.

On peut traiter par l'ammoniaque de plusieurs façons. S'il est possible de détacher de la tache suspecte une croûtelle brunâtre, on la portera sous le microscope dans une gouttelette du liquide. En cas d'impossibilité d'agir ainsi on fera macérer dans l'ammoniaque un fragment du support de la tache et on filtrera On pourrait aussi prélever un filament du tissu qui sera examiné dans l'ammoniaque. Dans les solutions ainsi obtenues on peut obtenir les réactions spectroscopiques et les cristallisations caractéristiques.

L'examen spectroscopique reste une méthode capitale pour le diagnostic du sang.

Lorsqu'on peut obtenir une dissolution suffisamment colorée, l'examen peut en être fait avec les appareils ordinaires, avec des spectroscopes de poche. Lorsque les taches sont très petites, on se sert de microspectroscopes, mais leurs résultats sont beaucoup moins nets.

L'examen spectroscopique peut révéler les raies caractéristiques de l'oxyhémoglobine, de l'hématine, ou de l'hémochromogène. Cette dernière substance est particulièrement intéressante ; ses raies caractéristiques persistent encore à la dilution de 1/16000, alors que celles de l'oxyhémoglobine disparaissent à la dilution de 1/4000.

(L'hémochromogène résulte de la réduction de l'hématine alcaline). Sous l'action d'un agent réducteur, la pyridine de préférence, les solutions d'hématine brunâtres prennent une belle coloration rouge cerise qui disparaît par agitation à l'air. En même temps, le spectre à raie unique de l'hématine fait place à deux raies bien plus visibles.

La recherche spectroscopique de l'hématoporphyrine acide reste le procédé de choix pour les dépôts de sang qui ont été soumis à la carbonisation.

c) Après l'emploi de ces procédés, la recherche histologique des globules rouges ne semble pas utile. Cependant l examen microscopique de la macération des taches de sang peut montrer, à côté des hématies, des éléments figurés étrangers tels que: spermatozoïdes, cellules des voies génito-urinaires, cellules salivaires, pus, poils, débris végétaux, etc.

Dans un cas récent, des cellules salivaires constatées sur le linge taché de sang d'une accouchée permit d'affirmer qu'elle avait étouffé son enfant en lui enfonçant un morceau de linge dans la bouche.

Les hématies sont parfois trés altérées et difficiles à reconnaître malgré l'emploi de liquides régénérateurs. Cependant l'appareil de Florence Nachet permet de reconnaître des globules sur des objets opaques. D'après Monsieur le professeur Sarda, il permet de reconnaître directement, sur des armes, des hématies altérées à côté de taches de rouille.

Cet appareil est précieux pour le cas où les taches peu nombreuses doivent être réservées pour des examens chimiques ultérieurs.

d) Le procédé de la microcristallisation est simple, facile, sûr.

On cherche à obtenir des cristaux d'hématine. On a des cristaux d'hémochromogène.

D'après Monsieur le professeur Sarda (de Montpellier), de

tous les procédés de microstallisation essayés jusqu'ici, ceux qui donnent les résultats les plus constants et les plus remarquables sont ceux qui sont basés sur l'emploi des iodures et des bromures *de potassium, sodium, strontium et ammonium*. Le volume des cristaux, leurs groupements, leur couleur, permettent de conclure sans le secours de grossissements supérieurs à 450 D. Avec des taches anciennes et des dissolutions étendues les résultats sont encore remarquables. L'emploi des solutions au millième suffit dans la grande majorité des cas. Et ce n'est que lorsque les taches, très anciennes, colorent très peu l'eau dans laquelle on les fait macérer, que l'on peut être amené à se servir de solutions à deux ou quatre pour mille.

Les iodures donnent des cristaux d'une jolie couleur violet brun plus ou moins foncé ; les bromures les colorent en jaune, parfois rosé.

On peut affirmer que ces cristaux sont obtenus toutes les fois que l'hématine n'a pas été entièrement détruite, comme cela se produit dans les incendies. Mais dans ce cas, le spectroscope et les réactions colorées ne donnent pas de meilleurs résultats.

Comme le fait a été avancé pour le procédé de Teichman, on obtient des cristaux d'iode ou de bromo-hématine avec du sang cuit. Mais il faut nécessairement que ce sang ne soit pas brûlé. Avec du boudin cuit ou du sang cuit à la poêle, les parties centrales donnent des cristaux : on n'en obtient pas sur les parties périphériques.

La putréfaction ne s'oppose pas à leur formation. Le sang oxycarbonné donne les plus beaux résultats. Lorsque la rouille masque complètement les taches de sang sur une arme en acier ou en fer, on peut, même si le sang paraît s'être converti en rouille, obtenir des cristaux d'iodo-hématine alors qu'on obtient pas des cristaux de chlorhydrate.

Il suffit de pratiquer un raclage de la partie rouillée, de mettre dans un verre de montre, en contact avec de l'eau de ammoniacale, la poudre provenant de ce raclage et d'opérer au bout de quelques jours, sur ce liquide, comme on le fait pour les autres taches. Généralement, si l'eau ne se teinte pas, en est en présence de rouille seule, et on n'obtient pas de cristaux. Là où il avait échoué avec le chlorure de sodium, les iodures et les bromures de potassium et d'ammonium lui ont donné des cristaux. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Gonorrhée chronique de l'homme ; par Fraisse (Maloine, éditeur.)

A la faveur des nouveaux procédés d'investigation, il se produit actuellement, dans le domaine de l'urologie, une évolution comparable à celle qui transforma la gynécologie, il y a une vingtaine d'années.

De merveilleux progrès ont été réalisés dans cette voie ; ils ne font qu'amorcer la série des découvertes. Nous les devons, pour une très grande part, à l'endoscopie.

Considérée comme méthode générale, l'endoscopie étend chaque jour ses applications dans les divers territoires de la médecine. Chaque jour, le nombre augmente des conduits et cavités de l'organisme qui peuvent être, chez le vivant, abordés et examinés à l'aide de la lumière, donc soumis au contrôle de la vue.

Sans abandonner les anciens procédés de diagnostic, partout on cherche à voir et à voir clair ; on peut même dire que cette tendance est une des caractéristiques de l'essor médical actuel.

L'ouvrage du Dr Fraisse, qui est une étude clinique et thérapeutique complète de la gonorrhée chronique, expose avec un soin tout particulier la technique et les applications de l'endoscopie à cette maladie.

On peut dire cependant que son livre n'est pas une simple complication. Et l'on peut en dire avec lui que les lecteurs n'y trouveront pas le reflet, plus ou moins brillant ou fardé, de ce qu'enseigne tel ou tel maître ; ils n'éprouveront pas cette sensation de *déjà lu* qui caractérise tant de publications en cette matière, où l'impersonnalité confine aux plus extrêmes limites du renoncement.

« En particulier, dit-il, mon livre ne fait pas double emploi avec celui du Dr Luys. Je suppose connu tout ce qu'il renferme et j'y renvoie volontiers le lecteur. Par contre, je dis une foule de choses qu'il ne dit pas, de sorte que l'espoir d'avoir présenté des choses nouvelles sous une forme nouvelle ne m'est pas interdit. Avec moi, le lecteur est sûr de sortir des sentiers battus et rebattus ; et peut-être, le livre une fois fermé, ne sera-t-il pas trop mécontent de notre école buissonnière. » C. M.

L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies, étude historique, clinique et diagnostique; considérations médico-légales ; par le docteur Maurice Brissot, ancien interne des Asiles de la Seine. Un volume in-8 raisin de 256 pages avec 9 figures. Prix : 8 fr. (G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

Dans ce travail, l'auteur étudie la question, si controversée à l'heure actuelle, des rapports de l'aphasie avec la démence, en laissant de côté le point de vue anatomique.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à l'état mental des aphasiques tels qu'on les rencontre journellement dans les services hospitaliers, c'est-à-dire de ces malades chez qui les troubles du langage ne sont pas contemporains de manifestations délirantes ou démentielles antérieures ou postérieures à l'aphasie. A ce sujet, l'auteur rappelle la doctrine de M. le professeur Pierre Marie : ce dernier pose en principe que *tout aphasique est un être d'intelligence affaiblie* et que cet affaiblissement des facultés mentales n'a rien de commun avec un trouble démentiel : l'*aphasie*, dit-il, n'est pas *démence*. Or M. Brissot discute cette manière de voir et propose la forme suivante :

1° Si certains malades sont, sans contredit, des amoindris psychiques, beaucoup d'autres conservent l'*intégrité* des fonctions intellectuelles.

2° A côté de ces individus normaux ou frappés de déchéance mentale, *il existe de véritables déments* (déments organiques par lésions circonscrites).

3° Le sujet porteur d'une lésion circonscrite des centres du langage n'est qu'un *blessé du cerveau*, un *cérébral*, mais nullement un affaibli intellectuel. Seules, les altérations diffuses surajoutées peuvent expliquer l'apparition de la démence.

Faisant abstraction de la déchéance mentale qui peut subvenir chez ces malades, l'auteur a principalement en vue, dans une seconde partie, les aphasiques aliénés, dont les troubles du langage se manifestent au cours de certains états démentiels (démence sénile, paralysie générale) ou délirants. Le chapitre concernant les rapports de l'aphasie avec la démence sénile est particulièrement intéressant, car il nous montre que non seulement l'aphasie survient parfois, à titre de complication, dans le cours de la démence sénile, mais que, *plus fréquemment*, on voit l'aphasie sensorielle, *consistant surtout en surdité verbale avec paraphasie*, simuler chez les vieillards un état démentiel souvent très prononcé.

A noter également l'étude clinique et diagnostique des diverses psychopathies susceptibles de faire croire, chez les malades qui en sont frappés, à une aphasie organique. Parmi ces états, il faut citer l'onomatomanie, la maladie des tics (écholalie, coprolalie), les délires hallucinatoires à tendances mystiques, les différents mutismes (vésanique, démentiel, hystérique), la démence précoce (stéréotypies de la parole), la confusion mentale, la manie aiguë, la manie chronique.

La troisième partie de cet ouvrage est consacrée à l'étude des rapports qui existent entre l'aphasie et la paralysie pseudo-bulbaire d'une part, l'aphasie, l'agnosie et l'apraxie, d'autre part, ces affections étant cliniquement comparables et fréquemment associées chez le même individu.

Enfin, l'auteur termine par des considérations médico-légales du plus haut intérêt, surtout en ce qui concerne la capacité civile et la responsabilité criminelle des aphasiques. Il envisage légalement certaines hypothèses que la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail fait naître à l'heure actuelle.

Mentionnons, au début de l'ouvrage, un historique très complet de la question, ainsi qu'une étude sur la psychophysiologie générale du langage, où l'auteur, après avoir critiqué les théories nominalistes, se fait le défenseur des doctrines conceptualistes.

Ce travail, qui est plutôt une revue critique sur l'aphasie, met bien au point la question si brûlante des troubles du langage ; il est enrichi de 60 observations, tant personnelles qu'empruntées à des publications antérieures. G. M.

REVUE GÉNÉRALE

Delirium tremens ;

Par P. BAUFLE
interne des hôpitaux de Paris.

DÉFINITION. — On donne le nom de delirium tremens à une variété de délire avec hallucinations, provoqué par l'abus des liqueurs spiritueuses ou fermentées et qui, indépendamment du désordre des fonctions intellectuelles, est en outre caractérisé par du tremblement des lèvres et des membres et par une insomnie absolue.

Le delirium tremens a été décrit successivement sous les dénominations de délire alcoolique, délire tremblant, délire ébrieux ou crapuleux, folie alcoolique aiguë, manie alcoolique, folie alcoolique à forme maniaque.

HISTORIQUE. — Connu depuis la plus haute antiquité, puisqu'on en trouve des traces dans les livres hippocratiques et qu'Aristote parle d'une folie furieuse de Denys de Syracuse qui dura pendant quatorze jours, le delirium tremens n'a été réellement étudié pour la première fois que par Sutton (1813) : cet auteur distingue, parmi les cas confondus sous le nom de phrenitis idiopathique, « une sorte de fièvre accompagnée de tremblement qui guérissait par l'opium et s'aggravait par la saignée » et à laquelle il donne le nom de delirium tremens, sans la rattacher nettement à l'alcoolisme.

Quelques années après (1819), dans un mémoire important, Rayer reprend l'étude de ces accidents, pour lesquels il propose le terme d'*œnomanie*.

Dupuytren (1826) consacre au délire des blessés et des opérés une leçon qui est restée classique. Puis de nombreux auteurs : Magnus Huss (1850) ; Delasiauve (1852), Verneuil, dans une longue discussion à l'Académie de médecine (1870), Gübler, Lasègue, Lancereaux, Magnan (1874), reprennent la description de cette affection sans modifier d'ailleurs beaucoup le tableau clinique qu'en avaient tracé leurs devanciers ; mais ils précisent davantage les circonstances étiologiques qui favorisent son apparition.

Plus récemment, ce sont surtout des considérations pathogéniques et thérapeutiques qui ont suscité de multiples travaux. Klippel (1893), le premier, insiste sur les lésions microscopiques constatées à l'autopsie des centres nerveux, en même temps qu'il montre l'importance des altérations hépatiques comme facteur déterminant du delirium tremens.

Enfin, en 1905, sous l'influence de Picqué, la question du delirium tremens revient à l'ordre du jour à la Société de chirurgie où elle soulève d'intéressantes discussions.

ETIOLOGIE. — Le delirium tremens est un épisode au cours de l'intoxication alcoolique (œnolisme, éthylisme, absinthisme) ; sa cause nécessaire est l'alcoolisme chronique et, selon le mot de Lippicl (cité par Racle) : « le delirium tremens est le meilleur alcoolomètre pour indiquer la progression croissante de l'alcoolisme dans une région ». Le delirium tremens se rencontre en effet avec une grande fréquence dans les pays septentrionaux (Danemark, Suède et Norvège), par suite de l'abus de boissons alcooliques auxquelles on demande une réaction illusoire contre la rigueur des climats ; l'influence pernicieuse de l'alcool est ailleurs souvent développée par l'insuffisance du régime alimentaire et Lasègue fait remarquer à ce sujet que « les accidents alcooliques sont fréquents dans les pays pauvres, comme la Suède, où l'on ne mange pas parce qu'on n'a rien ; tandis qu'ils sont plus rares chez les riches fermiers de Normandie qui se nourrissent plantureusement et boivent à grands traits après avoir mangé ».

Le delirium tremens s'observe surtout chez l'homme et à l'âge adulte, de 40 à 60 ans « à l'âge où l'on aime à boire » (Rayer) ; il est plus fréquent dans les classes pauvres, dans les professions qui exigent un déploiement considérable de forces musculaires (boulangers, forgerons, forts de la Halle) chez les ouvriers exposés à la chaleur (souffleurs de verres, ouvriers des usines à gaz) et se voit souvent aussi chez les marchands de vins, les distillateurs.

Beaucoup plus rare chez la femme, il peut cependant apparaître chez elle à certaines périodes de la vie génitale, au moment de la ménopause ; certaines femmes, en effet, habituellement sobres, peuvent présenter alors un penchant extraordinaire pour les boissons alcooliques.

Quant à l'existence du delirium tremens chez l'enfant, elle est admise par quelques auteurs, et Weiss, Stdaler, Hohl, en rapportent des exemples constatés dans certains pays comme l'Ecosse, où l'on donne de l'eau-de-vie aux enfants pour les fortifier ou pour calmer leurs cris ; mais les observations sont loin d'être démonstratives et concernent plutôt des cas d'ivresse aiguë que des accès de delirium tremens.

Tous les buveurs de profession ne font pas du delirium tremens ; aussi a-t-on été amené à admettre la possibilité d'une prédisposition : pour Sollier, « l'hérédité est la cause principale du délire alcoolique et l'hérédité similaire paraît jouer un rôle prépondérant », opinion également admise par Magnan et Ball : « Chez ces sujets l'alcoolisme revêt un caractère impulsif, parce que ce sont des héréditaires ; ce sont ces malades, alcooliques parce qu'ils sont névropathes, qui fournissent les cas les plus nombreux de delirium tremens ».

Mais, même chez des sujets ainsi prédisposés, le delirium tremens n'apparaît presque jamais spontanément et on retrouve ordinairement à son origine une cause occasionnelle, d'ailleurs variable. C'est ainsi qu'on a fait jouer un rôle important aux excès de boissons (délire *a potu nimio*), ou au contraire à la suppression brusque de l'alcool (délire *a potu suspenso*), fait qui s'observerait chez les prisonniers, les forçats ; cette opinion a été soutenue par Brülh-Cramer, et il compare dans ce cas l'attaque de delirium tremens aux accidents qu'amène la suppression brusque de la morphine chez les habitués ; cependant nombre d'auteurs (Chomel, Grisolle, Roger) n'admettent pas le rôle provocateur de l'abstinence, et Léveillé, un des premiers, faisait remarquer « qu'on est encore à trouver un fait bien authentique de délire tremblant survenu à la suite d'une privation forcée d'alcool ».

Les observations établissent d'ailleurs que l'accès de delirium tremens éclate souvent très peu de temps, moins de 24 heures, après la suppression des boissons alcooliques.

Par contre, de nombreuses affections peuvent réveiller le délire alcoolique chez un buveur, et au premier rang se placent les traumatismes, de siège et d'intensité divers : les fractures, en particulier les fractures de jambe, surtout lorsqu'elles sont compliquées, et aussi les fractures simples, les plus bénignes en apparence (fractures du péroné, de la rotule, de la clavicule, des côtes), les luxations, les contusions violentes, comptent le delirium tremens parmi leurs complications ; de même il peut survenir à la suite d'une intervention chirurgicale, surtout si celle-ci a nécessité l'anesthésie générale (chloroforme, éther). Il est également fréquent au cours de diverses infections : la

pneumonie (1), l'érysipèle de la face, sont des causes très fréquentes de delirium tremens ; mais il n'est pas une infection qui n'ait pu le déterminer et on en a rapporté des exemples au cours des lymphangites étendues, des fièvres éruptives, du rhumatisme articulaire aigu (Landouzy), et même de la fièvre typhoïde (Duclos), de la dysenterie (Fritsch, cité par Szerlecki), de la tuberculose pulmonaire cavitaire (Ebers).

Les hémorragies abondantes, spontanées ou provoquées dans un but thérapeutique (saignée copieuse), sont parfois en cause ; on sait en effet que l'anémie cérébrale prédispose au délire ; de même certaines méthodes thérapeutiques, comme l'inoculation du virus rabique (Szerlecki), ont pu faire apparaître une crise de delirium tremens. Enfin le surmenage intellectuel, les émotions surtout, ont assurément une influence déterminante, et Dupuytren déjà avait signalé la plus grande fréquence du delirium tremens à la suite de tentatives de suicide, même lorsqu'il s'agissait d'un traumatisme léger.

Il est exceptionnel que le delirium tremens apparaisse sans cause provocatrice : l'examen méthodique du malade permettra presque toujours de retrouver à l'origine de l'accès du delirium tremens une infection même légère, une angine, un embarras gastrique passager avec ou sans fièvre ; ou bien encore, le *primum movens* aura été une brusque variation de température, parfois un refroidissement, plus souvent une insolation, et Lancereaux relate une véritable épidémie de delirium tremens pendant un été très chaud.

La cause qui fait apparaître l'accès est parfois très légère : « c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase » ; mais elle n'en existe pas moins et, comme le dit très justement Ball : « le fusil est chargé, le coup part, mais il ne part pas tout seul ; il a fallu un choc pour déterminer la décharge ».

Symptomes. — Le delirium tremens peut revêtir des aspects divers, depuis les formes légères, atténuées, évoluant spontanément, et en quelques jours, vers la guérison, jusqu'aux cas très graves, dans lesquels la mort survient fatalement malgré une thérapeutique active.

Nous décrirons d'abord un accès de moyenne intensité, tel qu'on peut le voir évoluer chez un alcoolique adulte, à la suite d'un traumatisme (fracture de jambe) ou au cours d'une maladie infectieuse (pneumonie).

Le delirium tremens apparaît dans les quatre ou cinq premiers jours qui suivent les lésions, rarement plus tard et, dans la majorité des cas, il n'éclate pas brusquement, mais est précédé de prodromes. Le sujet éprouve parfois un sentiment de malaise à la fois physique et moral, une impression de tristesse inquiète; « il sent comme un nuage qui couvre sa raison et par moment il doit faire des efforts pour distinguer d'un fait réel le souvenir d'un rêve » (A. Fournier) ; d'autres individus présentent, à ce stade, une disposition marquée à boire, à s'enivrer et il semble que dans ce cas la débauche est un effet plutôt qu'une cause de l'attaque de delirium tremens.

Chez quelques-uns enfin ce sont des phénomènes d'excitation qui ouvrent la scène : il y a de l'hyperesthésie généralisée, l'œil est vif, la parole brève, les mouvements brusques : si, à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme, le malade « affecte un courage et une résolution désormais inutiles, soyez sur vos gardes. » (Dupuytren).

De fait, bientôt surviennent d'autres manifestations qui permettent d'affirmer l'explosion prochaine de l'attaque de delirium tremens. Le sommeil est difficile, entrecoupé de cauchemars, de délire, d'ordinaire modéré, qui se calme le matin pour reprendre plus intense la nuit suivante ; les troubles intestinaux sont fréquents : le teint est bilieux, l'anorexie absolue, la langue saburrale, la constipation opiniâtre. Cet état persiste d'ordinaire 2 ou 3 jours, rarement une semaine ; puis les phénomènes précédents s'accentuent. Ce qui domine alors, ce sont les troubles sensoriels, très importants, « car ils semblent bien être le point de départ et la clef des troubles psychiques » ; ces troubles intéressent surtout la vue, rarement l'ouïe, exceptionnellement les autres sens.

Au début, le malade a des *illusions* : il interprète d'une manière inexacte des sensations réelles : une ombre sur un mur prend pour lui l'aspect d'un être effrayant, un objet brillant est une arme dont on le menace.

Bientôt les illusions font place à des *hallucinations* et celles-ci sont vraiment caractéristiques du delirium tremens : elles peuvent se rapporter aux préoccupations journalières ; un cocher fouette ses chevaux, un marchand de vin s'entretient avec ses clients. Magnan rapporte même l'observation d'une fille publique qui avait des idées obscènes et voyait autour d'elle des scènes lubriques, lui rappelant son triste métier. C'est là un fait confirmatif de l'opinion de Lasègue, suivant lequel « chez l'alcoolique, la profession est le pivot du rêve ».

Plus caractéristique encore est la *zoopsie* qui est, en quelque sorte, la signature du delirium tremens : le malade voit des animaux, rats, souris, serpents, scorpions qui courent dans la chambre, grimpent sur le lit : ou bien il est entouré d'êtres fantastiques, de spectres, de faces grimaçantes; il voit des têtes d'hommes ou d'animaux qui se détachent des parois de la chambre et avancent en augmentant de volume jusqu'à son lit ; des personnes ennemies armées et menaçantes qui le poursuivent, cherchent à le tuer ; parfois il assiste à des scènes de carnage : on tue devant lui sa femme, ses enfants ; d'autres se croient enveloppés de flammes et rien n'égale leurs angoisses.

D'une manière générale ces hallucinations visuelles sont toujours agressives et terrifiantes ; de plus elles sont extrêmement nombreuses, répétées et très mobiles.

L'ouïe est moins souvent le point de départ d'hallucinations : indépendamment des sifflements et des bourdonnements d'oreille, l'alcoolique entend les cris, les hurlements d'êtres imaginaires qui le poursuivent pour le mettre à mort.

Les hallucinations des autres sens sont beaucoup plus rares ; elles passent d'ailleurs facilement inaperçues et ne se constatent guère que dans les formes subaigües. Cependant quelques sujets accusent des sensations de brûlures, de morsures que rien n'explique; d'autres trouvent aux aliments qu'on leur présente une saveur et un goût anormaux (odeur d'alcool, goût de soufre) ; ils croient parfois qu'on cherche à les empoisonner et refusent toute alimentation (sitiophobie).

Exceptionnellement on a constaté des perversions du sens génital : Ball relate à ce sujet le cas d'un alcoolique qui, pendant ses accès de delirium tremens, avait des sensations lubriques et prétendait qu'on le masturbait.

Comme l'avait fait remarquer depuis longtemps Baillarger, ces hallucinations apparaissent d'abord à ce moment intermédiaire entre l'état de veille et de sommeil (hallucinations hypnagogiques) et atteignent leur maximum d'intensité pendant la nuit ; elles diminuent le matin et cessent parfois tout à fait dans la journée ; les hal-

(1) D'après la statistique de J.-B. V. Franck, sur 117 cas de delirium tremens, la pneumonie a été la cause provocatrice 50 fois, et les fractures compliquées 11 fois.

lucinations se produisent d'autant plus facilement que les causes d'excitation extérieure sont moindres et souvent, même dans la journée, elles apparaissent lorsque le malade est plongé dans l'obscurité.

Ces fausses perceptions entraînent comme conséquence directe un *délire* « qui les suit dans leur évolution et se moule en quelque sorte sur elles » (Fournier). Le malade fuit les individus qui le menacent, se défend contre eux, appelle au secours : tous ces actes sont logiques étant données les sensations fausses qu'il éprouve : mais les hallucinations sont si mobiles et si transitoires, la succession des idées est si rapide qu'on a peine à saisir le fil conducteur et que le délire, à un examen superficiel, semble incohérent ; en réalité on peut appliquer au delirium tremens ce que Lasègue disait du délire alcoolique en général : c'est un rêve, et un rêve coordonné.

Le délire est essentiellement actif : l'hallucination n'est pas subie passivement mais le malade réagit et lutte ; selon l'expression de Lasègue, il n'a rien de contemplatif.

Ce délire peut aboutir à l'homicide ou au suicide, mais ce sont là de véritables accidents, comme le fait très judicieusement remarquer Magnan : « un alcoolique s'imagine être poursuivi, passe par la fenêtre croyant prendre la porte : c'est un accident et non une tentative de suicide » ; dans le delirium tremens, le suicide n'est jamais raisonné ; un autre aperçoit devant lui un individu armé ; il saisit une chaise, frappe et blesse son enfant couché près de lui : c'est encore un accident et non une tentative d'homicide ».

D'ailleurs la forme du délire varie quelque peu suivant la nature des hallucinations : le plus souvent l'individu répond aux excitations qui le sollicitent (*forme maniaque*) ; si ces hallucinations sont pénibles, tristes, il reste sombre, défiant et cherche à fuir (*forme mélancolique*) ; plus rarement l'alcoolique assiste à des scènes terrifiantes ; il est altéré, sidéré, et reste immobile dans un état de stupeur complète (*forme stupide*).

Un autre caractère de ce délire, caractère d'une réelle valeur diagnostique, c'est *qu'il peut être interrompu par une interpellation énergique*, à haute voix ; il cesse quelques instants, puis réapparaît ; mais dans l'intervalle, il est ordinairement possible d'obtenir du malade des réponses nettes à une question précise.

Ce délire de paroles et d'actions, plus marqué pendant la nuit, comme les hallucinations elles-mêmes, s'accompagne d'une insomnie absolue : c'est là un symptôme qui ne fait jamais défaut, même dans les formes légères et qui peut persister pendant plusieurs nuits, rebelle à toute thérapeutique et, dans ce cas, d'un pronostic toujours très sérieux.

A côté des troubles intellectuels se place un signe très important, le *tremblement*, qui a valu son nom au delirum tremens. Ce tremblement intéresse surtout la face, les lèvres et plus spécialement la lèvre supérieure ; la langue présente également un tremblement fibrillaire avec mouvements de retrait (mouvements de trombone) ; les mains aussi sont le siège d'une trémulation continuelle ; enfin dans les cas intenses, le tremblement se généralise ; pour se rendre compte de ce tremblement généralisé, surtout chez les sujets gras, il faut palper le malade avec la main à plat, ce qui permet de sentir des frémissements produits par les fibres sous-jacentes. Le tremblement est parfois plus marqué d'un côté du corps (tremblement à forme hémiplégique) ; il intéresserait surtout les membres chez les buveurs de vin, respectant la face et la langue ; chez les buveurs d'absinthe, au contraire, le tremblement serait plus marqué à la partie supérieure du corps, surtout à la langue (Le Filliâtre). Le tremblement existe au repos, mais il augmente à l'occasion des mouvements volontaires ; et par son mode de production il est mixte, tenant à la fois du tremblement intentionnel de la sclérose en plaques et du tremblement passif, au repos, de la paralysie agitante ; il se compose d'oscillations qui reviennent régulièrement au nombre de 6 ou 7 par secondes, mais sont d'amplitude inégale ; elles affectent toujours le type vertical, ce qui est un signe pathognomonique du tremblement alcoolique ; mais tandis que dans l'alcoolisme chronique, c'est le matin que le tremblement est le plus marqué, dans le delirium tremens, c'est le soir qu'il atteint son maximum, de même que les hallucinations et les troubles de la sensibilité générale.

Le tremblement entraîne toute une série de troubles : la parole est hésitante, saccadée et chaque fois que le malade veut parler, la lèvre supérieure est le siège de trémulation ; les mouvements des membres supérieurs sont maladroits, la préhension difficile, la démarche chancelante.

Délire et tremblement donnent au malade une physionomie bien spéciale ; le facies est animé, couvert de sueurs qui, d'après certains auteurs, dégageraient une odeur alcoolique ; les yeux sont brillants, hagards, les conjonctives injectées, les lèvres et les dents s'encroûtent de mucosités et deviennent fuligineuses ; l'agitation est incessante, la loquacité intarissable ; le malade cherche continuellement à fuir, à quitter le lit, et on voit des blessés qui déroulent les bandes de leurs pansements, qui, après une opération de hernie, dévident leurs anses intestinales ou qui marchent avec un membre fracturé : l'anesthésie est en effet absolue dans beaucoup de cas et souvent chez un alcoolique, au cours d'une crise de delirium tremens, il est possible d'inciser profondément et largement un phlegmon diffus sans provoquer de cris ni de mouvements de défense, bien qu'on n'ait pas eu recours à l'anesthésie.

Par un contraste frappant, le système nerveux de la vie organique semble indemne : la respiration est calme ou un peu accélérée, le pouls régulier, la température souvent normale au moins dans la forme commune (1).

Cependant il existe toujours des signes d'embarras gastro-intestinal ; la langue est très blanche, étalée, la constipation persistante, le teint terreux ; de plus les urines sont diminuées, très foncées et de densité élevée ; elles contiennent souvent de l'albumine (76 % des cas d'après Liepmann), mais cette albuminurie est transitoire et disparaît dans les 24 heures qui suivent la cessation du délire.

Sous l'influence du traitement, le delirium tremens de gravité moyenne guérit d'ordinaire en 3 à 8 jours, et dure rarement plus d'une semaine : les hallucinations et le délire qui en est la conséquence disparaissent progressivement dans la journée, mais se reproduisent encore pendant plusieurs jours à l'approche de la nuit ; puis survient un sommeil profond qui sert de crise et marque la guérison de l'accès de delirium tremens : « du moment que le malade a dormi, ne fût-ce que 4 heures, on peut être certain qu'il ne mourra pas » (Lasègue). Cependant il n'est pas exceptionnel d'observer des rémissions suivies de reprises après quelques jours.

Enfin, dans quelques cas, ainsi que l'avait signalé Jaccoud, le delirium tremens peut se terminer par une méningite aiguë ; celle-ci, ordinairement très fruste dans son expression symptomatique, « ne serait qu'un mode d'é-

(1) MAGNAN distingue en effet deux types bien différents de delirium tremens, suivant qu'il y a ou non élévation de la température, et décrit à part le delirium tremens fébrile, d'un pronostic beaucoup plus sévère.

volution vers le sens inflammatoire de la congestion cérébrale qu'on constate toujours à l'autopsie » (A. Robin).

Formes cliniques. — A côté de cette forme d'intensité modérée que nous avons eue en vue, il faut réserver une place à part à d'autres types, les uns plus graves, d'ailleurs assez rares ; les autres, moins sérieux, et aussi plus communs.

Dans la *forme grave du delirium tremens*, décrite par Delasiauve, ce qui domine c'est la prodigieuse activité nerveuse, l'intensité et la violence du délire : « le malade n'a ni trêve, ni repos ; la multiplicité des fausses sensations est telle que le délire devient incohérent et décousu ; la loquacité extrême se réduit à un bredouillement incompréhensible » (Delasiauve). Rapidement, l'état général s'altère ; le pouls est petit, dépressible, la température s'élève ; parfois surviennent des convulsions épileptiformes ; « le visage est coloré, bouffi et le regard, éteint au milieu de la sécrétion muco-purulente des paupières, donne à la tête du malade un aspect épouvantable ; il ne reste plus comme signe d'activité que le tremblement qui l'agite » (Lasègue). La mort survient fatalement dans plus de la moitié des cas au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques.

Magnan sépare nettement le delirium tremens simple et le *delirium tremens fébrile* : dans ce dernier, les troubles sensoriels peuvent être modérés, mais ce qui domine, c'est d'une part l'hyperthermie progressive qui peut atteindre 41°, 42° et d'autre part le tremblement, généralisé à tous les muscles du corps. « Ce tremblement, même lorsqu'il n'est pas très intense, s'accompagne de frémissements, d'ondulations musculaires et la main perçoit mieux que la vue ces vibrations dues aux contractions inégales et irrégulières des faisceaux musculaires » (1). Le pronostic est presque toujours fatal, malgré la thérapeutique la plus active.

Il existe, par contre, des types beaucoup moins graves décrits sous le nom de *delirium tremens subaigu*. Dans ces cas, au lieu d'un délire violent il y a seulement un subdelirium tranquille, délire de paroles surtout, qui est souvent en rapport avec les occupations journalières du malade et ne se produit guère que la nuit, pour cesser complètement dans la journée.

Parfois même on observe « des formes encore plus atténuées, où le delirium tremens se réduit à un léger tremblement, un certain degré d'incoordination musculaire, et surtout à un symptôme qui semble capital en pareil cas, l'insomnie ».

Pronostic. — Toujours sérieux, le pronostic du delirium tremens est dicté par la gravité des phénomènes généraux et, à ce point de vue, la distinction de Magnan en délire fébrile et délire apyrétique est des plus légitimes. D'autre part, on ne doit pas oublier que le delirium tremens récidive avec une grande facilité : « L'alcoolique qui a eu une attaque de delirium tremens est rarement guéri et ordinairement incité à de nouvelles débauches ; la dipsomanie est plus souvent la suite que l'antécédent du premier délire ébrieux » (Trousseau) : on peut voir ainsi plusieurs accès successifs, même après suppression des excès alcooliques depuis longtemps. De plus, après de nombreuses attaques, un délire alcoolique peut parfois se transformer en un délire spécial, de type maniaque ou mélancolique.

Récemment enfin, la question du delirium tremens post-traumatique a été envisagé au point de vue médico-légal (Forgue et Jeanbrau) ; « en Allemagne, la jurisprudence fixe ainsi les conditions dans lesquelles un délire post-traumatique doit être tenu comme résultant de l'accident et, à ce titre, indemnisable : le delirium tremens doit survenir dans les premiers jours, et, en tout cas, pendant que le malade est encore au lit. »

Diagnostic. — Les difficultés du diagnostic auquel donne lieu le delirium tremens varient suivant qu'il s'agit d'un délire apyrétique ou d'un délire fébrile.

Lorsqu'il survient au cours d'une maladie infectieuse, le délire peut être dû à l'infection elle-même et tout à fait indépendant de l'alcoolisme : la pneumonie, l'érysipèle de la face, surtout s'il y a participation du cuir chevelu et chez des sujets nerveux, peuvent s'accompagner de délire d'infection en dehors de toute intoxication alcoolique ; de même au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu on ne devra pas attribuer à l'alcoolisme les accidents délirants révélateurs du rhumatisme cérébral (Landouzy). Il faut savoir aussi que parfois les méningites aiguës (méningo-encéphalite consécutive à une fracture du crâne), et aussi les méningites tuberculeuses chez l'adulte, peuvent s'accompagner de délire qui, lorsqu'il survient chez un buveur, peut simuler le delirium tremens.

S'il est apyrétique, le delirium tremens doit être distingué de la manie aiguë et des délires toxiques. Mais dans la manie aiguë, le délire est incohérent et non coordonné comme dans l'alcoolisme ; le malade divague, passant instantanément d'un sujet à un autre, sans qu'il soit possible d'en obtenir une réponse exacte à une question qu'on lui adresse : les illusions ou les hallucinations, lorsqu'elles existent « ne font que se mêler au torrent de pensées, qui, incidentes et fugaces, résultent de l'exercice incohérent de l'intelligence. » (Magnan).

Quant aux délires toxiques, ils présentent tous quelques signes particuliers : l'intoxication par les solanées, la belladone en particulier, se traduit par du délire, une agitation marquée, mais c'est un délire gai, extravagant et de plus il y a de la mydriase ; dans l'intoxication par les opiacés, le délire existe, mais il s'accompagne de myosis, de ralentissement du pouls et de la respiration. Le délire de l'intoxication saturnine (forme délirante de l'encéphalopathie) se distinguerait par sa mobilité, son incohérence ; cependant Lancereaux fait remarquer que dans beaucoup de cas il s'agit non de délire saturnin, mais d'un véritable délire alcoolique.

Plus difficile est parfois le diagnostic d'un accès de delirium tremens et de la paralysie générale au début : ici en effet le tremblement des membres, des lèvres et de la langue, les modifications de la parole, le délire même, peuvent induire en erreur à un premier examen.

Reste enfin un groupe de faits d'une interprétation très délicate : lorsque chez un alcoolique, à la suite d'un traumatisme accidentel ou opératoire, surviennent des accidents délirants, s'agit-il de delirium tremens réveillé par le traumatisme ou bien d'autres facteurs peuvent-ils fournir l'explication de ce délire ? Pour Verneuil, « dans un grand nombre de cas, le délire chez les alcooliques est de nature septicémique ou infectieuse et traduit une altération profonde du sang ». Picqué admet également que le délire consécutif à un traumatisme peut être soit du delirium tremens vrai, soit plus fréquemment un délire infectieux, et, à l'appui de cette opinion, il fait remarquer que le délire accompagne ou suit l'infection, mais jamais ne la précède. Il semble bien, en effet, que le délire apparaissant à la suite d'accidents ou d'interventions chirur-

(1) Dreyfuss, dans sa dissertation sur le delirium tremens, avait déjà séparé deux formes : le délire tremblant sans fièvre et le délire tremblant avec fièvre. (*Inaugural Abhandlung über Sauferwahsin.* Vurzburg, 1837.

gicales n'est pas univoque mais peut relever de causes diverses : le plus souvent d'origine alcoolique, il résulte parfois de l'infection, plus rarement d'intoxications médicamenteuses (iodoforme, chloral, caféine) ou de l'abus des toniques (alcool, vin, quinquina, à doses trop élevées), peut-être même de l'inanition. Mais, à côté de ces faits, doit-on reconnaître l'existence d'un délire nerveux proprement dit, dû à la secousse épuisante qu'a subie le système nerveux, et faut-il admettre, avec Dupuytren, que la déperdition nerveuse est une véritable hémorragie de la sensibilité susceptible de déterminer des perturbations intellectuelles ? Il ne le semble pas, quoique certains auteurs aient répondu affirmativement, prétendant que dans le délire nerveux traumatique, les hallucinations sont moins fréquentes, le tremblement moins marqué à la face et à la langue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Lorsqu'un individu meurt à la suite d'une attaque de delirium tremens, l'autopsie révèle deux ordres de lésions : d'une part, des lésions anciennes dues à l'alcoolisme chronique, d'autre part, des lésions récentes, en rapport avec le delirium tremens

Il existe habituellement des modifications appréciables à l'œil nu, telles que la pachyméningite et l'épaississement de la pie-mère qui présente des plaques blanchâtres et adhère aux circonvolutions cérébrales, souvent elles-mêmes sclérosées et atrophiées ; ce sont là des lésions anciennes, mais de plus la pie-mère est très vasculaire, œdémateuse, les vaisseaux sont le siège d'un léger degré de dilatation ; le liquide céphalo-rachidien est augmenté et hypertendu.

Au point de vue histologique, il faut aussi, comme l'a fait remarquer Klippel, distinguer les lésions anciennes et les lésions récentes propres au delirium tremens. Chez tout alcoolique, *les lésions vasculaires* sont constantes ; elles intéressent non pas les grosses artères de la base, mais les artérioles et les capillaires de la substance corticale, qui sont le siège d'une hyperplasie conjonctive accompagnée de dégénérescenee granulo-graisseuse : la gaine lymphatique est distendue par les granulations pigmentaires et graisseuses.

Les cellules pyramidales sont atrophiées dans toutes leurs parties ; les corps de Nissl se raréfient dans la zone péri nucléaire ; des vacuoles et des granulations dues à la dégénérescence graisseuse et pseudo-pigmentaire apparaissent dans la cellule.

« Mais ces lésions ne suffisent ni à créer, ni à expliquer le délire ; elles ont pour résultat un certain degré d'affaiblissement intellectuel », et rendent seulement compte de la prédisposition cérébrale si manifeste des alcooliques.

C'est sur ce fond pathologique ancien que se développent les lésions qui caractérisent le delirium tremens : les vaisseaux sont le siège « d'une hyperhémie exsudative avec diapédèse inflammatoire » et on trouve dans les couches profondes de l'écorce une infiltration diffuse de petites cellules inflammatoires, le long des parois vasculaires.

Quant aux cellules nerveuses, elles présentent un gonflement marqué avec migration périphérique du noyau qui devient excentrique; les grains chromatiques disparaissent, subissant une véritable fonte poussiéreuse ; aussi la cellule prend-elle un aspect vitreux, bleu pâle, uniforme au Nissl : c'est la dégénérescence trouble ; dans la plupart de ces cellules on trouve du pigment ocre en grande quantité.

Ces lésions nerveuses atteignent leur maximum au niveau du cuneus et du pli courbe et des olives cérébelleuses, ce qui peut expliquer dans une certaine mesure l'existence des hallucinations surtout visuelles et les troubles de l'équilibre.

Quels sont les facteurs qui déterminent ces lésions cellulaires ? C'est là une question soulevée récemment et résolue en grande partie depuis les recherches de Klippel, Elzholz, Robertson et Popoff, Hertz, Carrier. Pendant longtemps il fut admis que l'alcool lui-même s'accumulait dans l'organisme, particulièrement dans les centres nerveux et Magnan, au cours de plusieurs autopsies de delirium tremens, a cherché à déterminer la quantité d'alcool contenue dans les principaux viscères et dans les centres nerveux ; il a montré que l'alcool existait encore, 3 jours après l'absorption, dans le foie et dans le cerveau : « Cette accumulation reste silencieuse jusqu'au jour où une cause occasionnelle révèle son existence en déterminant des accidents. » (Carrier). Le delirium tremens apparaissait ainsi comme la manifestation bruyante d'une intoxication exogène prolongée et longtemps latente.

Actuellement il est bien établi que le delirium tremens est dû non à l'action directe et unique de l'alcool, mais à une auto-autoxication. Cette auto-intoxication est favorisée par les lésions dégénératives que l'alcool détermine au niveau des divers organes : l'insuffisance hépatique est constante au cours du delirium tremens et dans toutes les autopsies, le foie apparaît toujours profondément altéré (Klippel) ; l'albuminurie met en évidence dans beaucoup de cas l'existence de lésions rénales, que celles-ci soient antérieures au delirium tremens ou qu'elles apparaissent sous l'influence de l'infection (angine, embarras gastrique, pneumonie) qui a occasionné l'accès : Hertz admet que dans les cas de delirium tremens mortels la néphrite aiguë se rencontre constamment à l'autopsie.

Pour Robertson et Popoff, cette auto-intoxication est encore plus complexe : non seulement il y a insuffisance des émonctoires (foie, reins), mais les produits de désassimilation qui résultent du fonctionnement de la cellule nerveuse ne sont plus éliminés, peut-être à cause des altérations chroniques des vaisseaux et surtout de leur gaine lymphatique ; ces produits de désassimilation eux-mêmes contribuent ainsi à l'auto-intoxication des centres nerveux. Comme le fait remarquer Carrier, on peut admettre que cette intoxication détermine une suractivité désordonnée des éléments nerveux qui aboutit rapidement à leur épuisement complet : le coma et la mort surviennent dans ce cas par véritable insuffisance nerveuse.

TRAITEMENT. — Il est peu d'affections qui aient suscité autant de recherches thérapeutiques que le delirium tremens et le grand nombre des médicaments proposés est peut-être la meilleure preuve de leur inefficacité. On peut distinguer deux phases dans l'étude des traitements opposés au delirium tremens : dans une première période, on ne poursuit qu'un but : calmer le malade au moyen des divers médicaments sédatifs du système nerveux. Lancereaux formule ainsi très nettement cette opinion : « Le délire est dû à l'action toxique de l'alcool sur les éléments nerveux et l'excitation qui en résulte est la cause de l'insomnie et de la mort qui a lieu par épuisement nerveux ; donc pour combattre ce délire, il importe avant tout de faire dormir ; provoquer le sommeil, tel est le but à atteindre, telle est l'indication principale dans cette affection. » Dans une deuxième phase, on reconnaît que le delirium tremens traduit une auto-intoxication contre laquelle on doit lutter.

Cette médication pathogénique, beaucoup plus rationnelle, tend de plus en plus à remplacer l'ancienne médi-

cation symptomatique, mais celle-ci peut encore être un adjuvant utile dans certains cas particuliers.

Parmi les calmants du système nerveux, la première place revient à l'*opium* et à un de ses alcaloïdes, la morphine : l'opium, utilisé par Sutton, Sanders, Rayer, Dupuytren, Stokes, peut s'administrer sous forme d'extrait thébaïque ou de laudanum. Il est nécessaire de recourir à des doses assez élevées : 10 à 15 centigrammes d'extrait thébaïque n'ont rien d'excessif, d'autant plus que les alcooliques supportent bien l'opium, si leur cœur est en bon état; le laudanum se donne à la dose de 40 gouttes dans un litre de vin, ce qui constitue le *vin laudanisé* ; cette médication a joui autrefois d'une grande vogue et était récemment encore utilisée dans plusieurs services hospitaliers (Monod, Arrou, Tuffier, Reynier). Quant à la morphine, on l'emploie en injections sous-cutanées à la dose de 2-3 centigr. et plus dans les 24 heures ; d'après la méthode de Rosser, on prescrit 3 centigr. de morphine toutes les 2 heures jusqu'à ce que l'agitation ait cessé.

D'autres, Lancereaux en particulier, et aussi Trousseau et Pidoux, Aufrecht, ont préconisé le *chloral* à doses assez élevées : 3-4 gr. et jusqu'à 10 gr. si l'effet hypnotique se fait attendre ; il est préférable de le faire prendre en lavements à cause de son action irritante. Lancereaux, Bornes, Silvio Pera, Négrié, rapportent de nombreuses observations où le chloral a donné de bons résultats. Plus rarement, on a utilisé l'*hyosciamine*, à la dose de 16 milligr. en une ou plusieurs prises dans une petite quantité d'eau aromatisée de cognac (Hyde Hilles), le *chlorhydrate d'hyoscine* en injections sous-cutanées de 1/2 jusqu'à 2 milligr. (Legrain), l'*acide cyanhydrique* (Daw donne quelques gouttes de la solution officinale), le *cannabis indica* (40 gouttes de teinture en 2 fois à 4 heures d'intervalle, d'après Donaud ; le *haschich* (35 centigr. en 24 heures (Villard, de Guéret), l'*atropine*, à la dose de 1 milligr. en injection sous-cutanée (Touvime de St-Pétersbourg).

On a même proposé de *chloroformiser* le malade, de façon à l'engourdir sans l'anesthésier à fond, après injection préalable de 1 centigr. de morphine (Morrant, Backer).

Doit-on administrer de l'alcool en même temps que ces médicaments hypnotiques ? Autrefois, la question était résolue par l'affirmative et on donnait au malade soit du vin, soit de l'alcool sous forme de potion de Todd, car on attribuait alors une grande part à la suppression de l'excitant habituel dans la pathogénie des accidents. Cependant, à l'heure actuelle, sauf pour quelques auteurs (Mabile, Deshayes), cette opinion est de moins en moins admise, et pour lutter contre l'auto-intoxication dont le delirium tremens est la manifestation, on s'efforce d'une part d'éviter toute nouvelle intoxication surajoutée et d'autre part de favoriser l'élimination des produits toxiques de l'économie.

Pour atteindre ce but, on a proposé les bains froids répétés à 18° pendant 10 minutes avec affusions d'eau froide ; les bains tièdes à 25°-28°, prolongés pendant 1 h. à 1 h. 1/2, les enveloppements humides, les lotions fraîches, les affusions froides (Letulle, Molinié, Antheaume et Sainton, Salvaut, Broabdent), qui agissent à la fois comme calmants et comme diurétiques ; on peut leur associer les purgatifs salins, le calomel (Crothers), les lavements évacuateurs et même le lavage d'estomac avec une solution de bicarbonate de soude (Serguievsky) ou l'emploi du tartre stibié à la dose de 1 à 2 centigr. sous forme de vin stibié (Harrisson).

Plus récemment, on a recommandé les grandes injections de sérum artificiel (Quénu, Masbrenier, Warbasse, de New-York) qui agissent aussi favorablement contre l'auto-intoxication.

On peut associer à ces méthodes l'emploi des médicaments toniques (acétate d'ammoniaque, éther, spartéine, caféine, strophantine) qui préviennent le danger de collapsus cardiaque ; mais il est deux médications du delirium tremens qui, à ce point de vue, méritent une place à part : la médication digitalique et la médication strychnique.

La *digitale* a été recommandée par Jones, de Jersey, à doses très élevées (jusqu'à 12 gr. de teinture de digitale, dose qui peut être répétée) ; elle abaisse la température et favorise la diurèse, mais il semble que ce soit là une méthode dangereuse, d'ailleurs à peu près universellement abandonnée à l'heure actuelle.

La *strychnine* compte au contraire de nombreux partisans (Chauffard, Bazy, Broca, Fernet) : Luton (de Reims), le premier, a montré les bons effets obtenus dans le delirium tremens par l'usage de ce médicament ; il est d'ailleurs nécessaire de l'employer à très fortes doses : jusqu'à 3 centigr. de strychnine par 24 heures, il a même pu atteindre 7 centigr. en 15 heures dans un cas très grave ; il semble que, chez l'alcoolique, « il existe une véritable inertie de la moelle sous le rapport excito-moteur, rendant inoffensive une substance si énergique d'habitude dans ses effets. Dujardin-Beaumetz approuve également cette médication et rapporte une observation de delirium tremens très grave où il a obtenu de bons résultats en injectant 12 centig. de sulfate de strychnine, par doses fractionnées de 5 milligr. environ, d'heure en heure.

Indépendamment de ces divers procédés thérapeutiques, le delirium tremens comporte d'autres indications importantes : il faut protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage ; pour cela on ne doit pas recourir à la camisole de force, qui augmente encore l'activité nerveuse et gêne les mouvements respiratoires, mais on surveillera continuellement le malade (Magnan). On lui permettra des boissons diurétiques, rafraîchissantes, des tisanes amères et lorsque les phénomènes violents du début se seront calmés, il faudra lui accorder une alimentation légère, mais substantielle (chocolat, potage, jus de viande, gelées), pour prévenir autant que possible les phénomènes d'épuisement qui succèdent à la phase d'excitation.

BIBLIOGRAPHIE

ANTHEAUME et SAINTON. — Traitement du delirium tremens. *Revue de thérap. med.-chirurg.*, 1899, p. 613.

ARNAULT et LOP. — Alcoolisme subaigu, delirium tremens avec albuminurie, paralysie alcoolique très étendue. *Revue de méd.*, 1892.

BALL. — Leçons sur les maladies mentales. 1880.

BALL et CHAMBARD. — Delirium tremens. *in* Dict. Encyclop. des Sciences médicales.

BALLET. — Traité de pathologie mentale.

CALENDRAUD. — Des troubles nerveux dus à l'usage prolongé du chloral et en particulier du delirium tremens chloralique. Thèse de Paris, 1889.

CARRIER.—La cellule nerveuse normale et pathologique ; altérations histologiques des centres nerveux dans les délires toxi-infectieux des alcooliques, le delirium tremens et le délire aigu. Thèse de Lyon, 1904.

CHATELIN. — Premier accès de delirium tremens chez un homme de 66 ans. *Bull. méd. du Nord*, 13 mars 1896.

COMBEMALE. — Indications et contre-indications du traitement de l'alcoolisme par la strychnine. *Gaz. hebd.*, 1897, n° 39.

DÉJERINE. — Séméiologie du système nerveux. *in* Traité de Pathologie générale de Bouchard, tome V.

DELASIAUVE.— D'une forme grave de delirium tremens. *Revue médicale*, 30 avril 1852.

Deshayes. — Du traitement du delirium tremens par l'alcool. *Gaz. heb.*, 9 janvier 1880.
Dujardin-Beaumetz. — Sur le traitement du délire alcoolique par les injections de sulfate de strychnine à hautes doses. *Bulletin thérap.*, déc. 1884 et 1888, p. 324.
Dupuy. — Des idées ambitieuses dans l'état mental consécutif à la folie alcoolique. Th. de Bordeaux, 1887.
Dupuytren. — Leçons orales de clinique chirurgicale. Tome II, p. 222.
Faisans. — Du délire caféinique. Soc. méd. des hôpitaux, 5 mai et 9 9 juin 1893.
Festal. — Le délire traumatique et son traitement. Th. de Paris, 1887.
Foville. — Du delirium tremens, de la dipsomanie et de l'alcoolisme ; Notice historique et biographique. *Arch. gén. Méd.*, 1867, tome II, p. 410.
Forgue et Jeanbrau. — La mort par délire post-traumatique et la loi sur les accidents du travail. *Presse méd.*, 1909.
Fournier. — Alcoolisme, *in* Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.
Gauser.—Contribution au traitement du délirium tremens. *Munch med. Woch.*, 15 janv. 1907.
Gautier. — Etude sur l'absinthisme chronique. Th. de Paris, 1882.
Grisolle. — Traité de Path. int., tome II, p. 58.
Klippel. — De l'origine hépatique de certains délires alcooliques. *Ann. méd. psycho.*, 1894, p. 262.
— De la pathogénie des délires alcooliques, 4e Congrès de médecine mentale, La Rochelle, *Mercredi médical*, août 1893, octobre 1893.
Lancereaux. — Leçons de clinique méd., 1879, 1891.
Alcoolisme *in* Dict. encyclopéd.
Landouzy.— D. alcoolique au cours du rhumatisme articulaire aigu. *Gaz. des hôp.*, 1884, p. 771.
Lardier. — Traitement du delirium tremens par le sulfate de strychnine. *Gaz. hebd. de méd.*, 2 janv. 1885.
Lasegue. — Etudes médicales, tome II, p. 203 et 59.
Laval. — Etude critique sur le delirium tremens. Th. de Paris, 1872.
Léopold-Lévi. — Trouble nerveux d'origine hépatique. Revue gén. *Gaz. des hôp.*, 1896, p. 663.
Le Filliatre. — Nouvelle méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements ; application de cette méthode dans un essai sur les troubles moteurs de l'alcoolisme. Th. de Paris, 1899.
Legg. — On a case of delirium tremens complicated with. jaunice. *St-Bartholom. Hosp. Rep.* XVI, 107.
Legrain. — Traitement du délire alcoolique. *Presse méd.*, 4 déc. 1907.
Lentz. — De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations, Bruxelles, 1884.
Letulle. — Les bains froids dans le delirium tremens. *Gaz. des Hôp.*, 1899; p. 773. *Presse méd.*, juin 1897, et juillet 1899.
Liepmann.—Ueber albuminurie,albuminosurie und andere Korperliche symptôme des delirium tremens. *Arch. f. Psychiatrie*, XXVIII, 2 p. 570, 1896.
Luton. — L'alcoolisme au point de vue de ses formes larvées et de la médication strychnique. *Bulletin thérap.*, sept. 1880.
Mauté. — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Pau, août 1894.
Magnan.— De l'alcoolisme ; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. Paris, 18974.
Magnan. — Du délire alcoolique. *Gaz. des hôp.*, 1887, p. 954.
Magnan et Sérieux. — Traitement du delirium tremens. Traité de thérap du Pr A. Robin.
Masbrenier. — Traitement du delirium tremens par les injections sous-cutanées de sérum artificiel. *Presse méd.*, 1900, no 7, p. 45.
Milian. — Les manifestations nerveuses de l'alcoolisme. Rev.gén., *Gaz. des. hôp.*, 1896, p. 443.
Pérone. — De l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme. Thèse de Paris, 1870.
Pichon. — Contribution à l'étude des délires oniriques ou de rève ; délires infectieux et toxiques. Th. de Bordeaux, 1896.
Picqué. — Voir Société de chirurgie.
Robin. — Méningite aiguë dans le delirium tremens. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1882, no 24.
Salvaut. — Traitement du delirium tremens fébrile par les bains froids. *Gaz. des hôp.*, 1901, no 102 et Th. de Paris, 1901.
Société de Chirurgie. — Du délire consécutif au traumatisme, 3-24 mai 1905).
Sollier. — Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, Paris 1889.
Szerlecki.— Essai sur la physiologie pathologique et le traitement des délires causés par l'abus des médicaments dystrophiques dits d'épargne, Th. de Paris, 1875.
Trousseau. — Clinique méd. Tome II, p. 377.
Vigouroux et Legrain. — Délire alcoolique suivi d'autopsie, Soc. Anatom., 20 nov. 1903.
Warbasse.— Traitement du delirium tremens par l'injection intraveineuse d'eau salée. *Medical News.*, 2 mars 1901.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les découvertes médicales, les médecins et la presse politique.

Que de bruit dans la grande Presse à propos du « 606 » ! Il est vrai que ce chiffre fatidique a quelque chose d'attrayant, et que si le grand public pouvait se faire à l'idée qu'il se cache dans les flancs mystérieux du « 606 » un *bichlorhydrate de bioxydiamidoarsenobenzol*, il le couverait peut-être avec moins d'amour ; d'autant moins que, l' « avarie » n'a pas encore tréponémé toute la France, et que pour ce qui est du traitement de la tuberculose on a déjà trompé le grand public. Sans doute, le lecteur se laisse assez bien leurrer, pourvu qu'on éveille en lui des émotions et des espérances. Aussi la grande Presse est-elle dans son rôle quand elle cherche dans tous les coins, des nouvelles « à sensation ». On ne peut exiger d'elle qu'elle applique à ses moyens d'information la méthode scientifique.

***

Mais vous, médecins, savants de laboratoire, chercheurs consciencieux, vous qui devriez prévenir par le sang-froid, par la discipline de soi-même, par l'exemple, les écarts d'une société désordonnée, vous sied-il, en lançant des communications à jet continu à propos d'un traitement qui n'est encore, au moins en France, qu'à la période d'essai, de paraître dépouiller cette parure aux multiples facettes, qui faisait jusqu'ici la gloire de la science française : la réserve, la mesure, le silence jusqu'aux résultats définitifs ?

Mais, direz-vous, c'est le professeur Ehrlich qui a commencé. Sans doute, mais ce n'est pas d'un meilleur exemple. Et puis, M. Ehrlich n'était pas au début de ses recherches quand il s'est ouvert aux reporters. Et dans ce geste il s'est d'ailleurs égratigné légèrement, puisqu'un journaliste allemand ayant enregistré 2.000 guérisons au lieu de 200, de suite on en a profité pour tâcher de foudroyer le « 606 » et le réduire à 0. Et M. Doyen lui-même a connu l'inconvénient de toujours se confier à la Presse extrascientifique, puisqu'il n'a pas plus écrit « 606 = 0 », que Cambronne n'aurait dit m... à Waterloo.

D'autre part si M. Ehrlich a livré ses découvertes à la grande Presse, il ne faut pas oublier qu'il est allemand, et qu'il est par conséquent logique qu'il procède à la façon allemande. Est-ce une raison pour que nos savants *empruntent* leurs méthodes d'infirmations ? *Imitatores servum pecus* !

***

On connaît aux communications scientifiques « sensationnelles », mais intempestives, de plus sérieux inconvé-

nients. On se rappelle les illusions et les malheurs qu'a provoqués, par une extériorisation trop prompte, la fameuse tuberculine de Koch appliquée au traitement humain.

Plus récemment et dans notre pays, un confrère a failli être victime de la publication dans un journal politique des comptes rendus de l'Académie de médecine.

Il s'agissait des bienfaits de l'acide citrique pour la prévention des thrombus, bienfaits proclamés à la tribune de l'Académie par M. le professeur Chantemesse et confirmés par le professeur Quénu. Peu de temps après cette communication, une opérée du professeur Segond mourait subitement d'une embolie, en quittant la maison de santé après complète guérison. Le mari intenta une action judiciaire au médecin qui avait fait opérer sa femme, pour n'avoir pas prescrit de l'acide citrique à celle-ci avant l'opération.

Ce n'est que grâce au professeur Segond que l'affaire fut classée.

***

De ce qui précède se dégagent à mon sens une et même plusieurs moralités. D'abord les sociétés médico-scientifiques ne devraient pas communiquer à la grande Presse les comptes rendus de leurs séances. Ensuite quand il s'agit de recherches de la nature de celles qui se poursuivent avec le « 606 », on ne devrait confier à la presse politique que les résultats scientifiquement acquis, c'est-à-dire ayant subi l'épreuve du temps. Dans tous les cas, la primeur des découvertes médico-scientifiques devrait aller aux journaux médicaux, de même que les comptes rendus des sociétés savantes, sans faire exception pour l'Académie de médecine, devraient être adressés *d'abord* aux journaux professionnels, sans qu'il soit possible, bien entendu, d'en défendre la reproduction.

Mais si les journaux médicaux ne reçoivent plus de première main les découvertes en sciences médicales, si nos savants, devenus « modernistes », brûlent de livrer à la presse quotidienne les phases cinématographiques de leurs travaux en cours, alors que deviendra le rôle de la Presse médicale ? (1).

C'est une question que je me permettrai de poser au prochain Congrès des journalistes médicaux.

CORNET.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections sous-cutanées d'oxygène dans les asphyxies ;

Par M. F. RAMOND
Médecin des hôpitaux

Il n'est pas de situation plus angoissante pour le médecin que de se trouver en présence d'un de ces nombreux cas d'asphyxie, où nous sommes obligés d'avouer notre impuissance. Et souvent, chez le patient, tous les organes sont sains ; il meurt parce que l'oxygène n'arrive plus à ses alvéoles pulmonaires. On recourt bien, à la vérité aux inhalations d'oxygène, mais celui-ci n'arrive pas à destination, arrêté en chemin par un obstacle : trachéal, bronchique ou alvéolaire.

C'est dans ces cas que nous avons l'habitude de pratiquer l'injection sous-cutanée d'oxygène. Ces cas sont cependant justiciables à un degré différent de cette intervention d'urgence. S'il s'agit, en effet, d'une asphyxie purement mécanique, dont la cause siège au larynx, à la trachée ou aux bronches, l'injection n'est qu'un expédient précaire ; elle permet tout au plus de combattre les accidents imminents et d'attendre l'opération libératrice. L'injection sera souvent plus utile dans les diverses asphyxies toxiques, d'origine endogène, comme dans l'urémie ou le coma diabétique, d'origine exogène, comme dans les intoxications par l'acide carbonique, l'oxyde de carbone, les gaz délétères, le chloroforme ou l'éther. Dans ces conditions, il nous a été donné d'assister à de véritables résurrections souvent définitives.

Mais c'est surtout dans la troisième variété d'asphyxie, celle qui participe des deux précédentes, et où l'élément toxique additionne l'élément mécanique. Nous voulons parler de ces asphyxies graves qui surviennent au cours des infections par bronchite simple chez un emphysémateux ou chez un cardiaque, par bronchite capillaire, par bronchopneumonie lobulaire ou lobaire, par pneumonie massive. Il s'agit ici de donner au malade suffisamment d'oxygène pour lui permettre d'attendre la crise libératrice, qui le débarrassera des exsudats qui encombrent ses bronches et ses alvéoles. L'oxygène donné en nature aura encore ici une autre action : c'est de stimuler l'organisme, d'oxyder rapidement les toxines, de les rendre inoffensives, et enfin d'aider à la diurèse, ainsi que nous l'avons constaté à diverses reprises.

La pratique de l'injection est excessivement simple, et ne demande aucun outillage spécial : on désinfecte rapidement la peau de la cuisse ou de la région abdominale antérieure avec une couche de teinture d'iode, puis on enfonce dans le tissu cellulaire sous-cutané, et non dans le derme, une aiguille de Pravaz flambée. A ce moment, pour se rendre bien compte que la pointe de l'aiguille ne plonge pas dans une veine, ce qui provoquerait une embolie gazeuse, nous avons l'habitude d'injecter par l'aiguille quelques centimètres cubes de sérum artificiel. S'il se forme une boule d'œdème, on peut être sûr que l'aiguille plonge bien dans le seul tissu cellulaire sous-cutané ; il est encore plus simple d'ajuter à l'aiguille une seringue de Pravaz, dont le piston fonctionne bien, et d'aspirer. Si le corps de la seringue ne se remplit pas du sang, on peut pratiquer l'injection d'oxygène sans aucune crainte. Puis on met un peu d'ouate dans le chaton de l'aiguille, afin de filtrer l'oxygène et d'arrêter les quelques poussières qu'il pourrait contenir, et on ajute le tube du ballon d'oxygène sur l'aiguille de Pravaz, d'une façon bien étanche, soit en serrant le tube sur le chaton avec un fil, soit en interposant un petit tube de caoutchouc qui engaine exactement la tête de l'aiguille. On injecte alors *doucement* un litre et demi d'oxygène sous la peau. Il se forme une boule gazeuse assez volumineuse, qui ne tardera pas à se résorber complètement en quelques heures, sans donner lieu à la production d'un emphysème sous-cutané persistant. L'injection peut se répéter plusieurs fois par jour, sans aucun inconvénient ; le malade la réclame le plus souvent, tellement il en éprouve lui-même les bienfaits. On voit d'ailleurs la cyanose disparaître, la respiration devenir plus ample, et l'état général s'améliorer ; parfois même on obtient une guérison dans les cas en apparence les plus désespérés.

Nous avons pratiqué deux fois l'injection intra-rectale ;

(1) J'ai déjà eu l'occasion de faire allusion à l'effacement de ce rôle (voir *Progrès médical* 13 août 1910, p. 452), et dans *La Clinique* du 26 août 1910, M. E. Joltrain envisage également la question.

mais ses effets sont plus longs à se produire. Peut-être y aurait-il avantage à combiner les deux méthodes.

QUESTIONS DE TUBERCULOSE

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences

(39e *session. Toulouse*, 1-7 *août* 1910).

—

C'est l'époque des Congrès. Il en est de retentissants, il en est des plus modestes ; dans tous, il y a quelque chose à glaner. Nous nous reprocherions de passer sous silence ce qui s'est dit et fait à Toulouse, au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, concernant la Tuberculose. Elle eut les honneurs de deux sections : la section des Sciences médicales, présidée par le Dr Besançon ; la section d'Hygiène et de Médecine publique, présidée par le Prof. Maurel. Les questions mises à l'ordre du jour sont de celles qui soulèvent les problèmes les plus passionnants et les plus actuels ; on ne peut que louer sans réserve le distingué président de la section des sciences médicales d'avoir fait servir aux adhérents du Congrès des mets de choix, dont certains furent un véritable régal scientifique.

Qu'on en juge plutôt par une brève analyse. Dans un premier rapport, M. de Jong expose en quelques pages très substantielles la question du *traitement des hémoptysies*. Il n'est pas un praticien aux prises avec les difficultés de la clinique journalière qui n'ait ressenti à ses heures combien la doctrine sur ce point spécial est flottante, incertaine et qui n'ait souhaité quelques précisions nouvelles dans le chaos des médications successives ; tour à tour prônées et décriées à l'excès. Dans ce sujet, tout demeure matière à discussion. Les causes provocatrices, d'abord : à côté de facteurs hémoptoïsants indéniables (suralimentation excessive, alcoolisme, menstruation, troubles hépatiques), il en est dont l'influence hémorragipare demeure encore insuffisamment démontrée. Tels sont, d'après de Jong, certaines variations thermométriques, barométriques ou hygrométriques, l'altitude, le séjour au bord de la mer, certaines médications externes (teinture d'iode, pointes de feu) ou internes (iodure, créosote, arsenic). De même, que faut-il penser du rôle hémoptoïsant de l'hypertension passagère ? En quoi, se demande à juste titre M. de Jong, « une hypertension artérielle, « constatée au niveau de la radiale prouve-t-elle qu'il existe de l'hypertension dans le territoire de l'artère pulmonaire ?

Pareille incertitude plane sur le traitement. Le seul point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est l'hygiène de l'hémoptoïque. Mais quand il s'agit de médications proprement dites, externes (révulsifs, glace sur le thorax) ou internes (ergotine, adrénaline, hydrastis, hamamelis, antipyrine), les opinions des médecins sont absolument contradictoires. Tout au plus s'accorde-t-on, à quelques divergences près, sur l'utilité des opiacés, tout au plus fait-on quelque crédit, peut-être de façon provisoire, à certains vaso-dilatateurs, tels que l'extrait de gui, la trinitrine et surtout le nitrite d'amyle, qui, « en abaissant brus« quement la tension artérielle, en diminuant la vitesse circula« toire sanguine, favorisent l'arrêt des hémoptysies ». C'est son action dépressive sur la tension sanguine qui assure à l'ipéca ses succès incontestés ; il est presque seul à jouir d'une estime universelle, mais, à propos de l'ipéca lui-même, « le désaccord existe sur la question des doses ». Faut-il l'administrer à doses petites et répétées, en l'associant à l'opium sous forme de poudre de Dower, ou à doses vomitives ? Trousseau était partisan de ce second procédé, mais il n'est pas suivi par tous. Mêmes divergences à propos de la digitale, qui, pour les uns, agit comme vaso-constricteur et, pour les autres, comme ralentisseur de la circulation sanguine.

Peut-on faire un peu de lumière au milieu de ces ténèbres et mettre un peu d'ordre dans ce chaos ? Oui, et c'est à ce point de vue que le rapport de M. de Jong contient une idée des plus fécondes. « L'hémoptysie, dit-il, ne survient pas dans les mêmes « conditions chez tous les tuberculeux. Pour aboutir à quelques « indications précises sur le traitement des hémoptysies, il fau« drait se préoccuper des formes cliniques que révèlent ces hé« moptysies et essayer de se rendre compte si certaines formes « cliniques ne commandent pas certaines interventions théra« peutiques. » Et de fait, de Jong a dégagé avec son maître F. Bezançon, quelques types cliniques principaux d'hémoptoïques, schématisés en un tableau très instructif qui peut servir de guide pour une thérapeutique rationnelle. Nous regrettons de ne pouvoir le reproduire ici, nous renvoyons au rapport présenté le 14 mai 1908 par F. Besançon et de Jong à la Société d'études scientifiques sur la Tuberculose : *Formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses.* »

Avec le second rapport présenté au Congrès, celui de MM. Bezançon et Philibert, nous abandonnons, du moins en apparence, le terrain de la clinique courante pour nous élever à des spéculations doctrinales, qui ont néanmoins, on le verra, leur répercussion directe et — souhaitons-le — très prochaine sur la pratique médicale. Il s'agit de *l'hypersensibilité à la tuberculine ancienne de Koch.* Tout serait à citer dans ce travail qui est un véritable monument de bibliographie, en même temps que de saine, fine et pénétrante critique. Nous recommandons en particulier le paragraphe relatif aux effets de la tuberculine chez l'homme tuberculeux. On y verra exposés avec grands détails la différence des résultats obtenus suivant qu'il s'agit de doses fortes, moyennes, faibles ou infinitésimales. Ces dernières, introduites dans la thérapeutique de la tuberculose par Denys, Kuss et surtout Sahli, sont particulièrement intéressantes au point de vue pratique. Lentement et faiblement progressives, elles produisent vite une accoutumance qui se traduit par l'*absence de réactions* et celle-ci semble être, du moins, pour certains, la condition sine qua non qui permet de poursuivre sans danger un traitement tuberculinique efficace. Sur le mécanisme de cette accoutumance, les opinions sont partagées. Sahli l'attribue à la production de l'antituberculine, dont la présence chez le tuberculeux ainsi traité a été décélée par deux méthodes : la déviation du complément (Wasserman et Brücke, J. Citron) et l'étude des réactions locales (Pickert, Lowenstein, Arloing, Galmette).

Ajoutons que l'absence de réaction ne signifie pas nécessairement accoutumance, mais qu'elle signifie parfois « incapacité de réaction » : tel est le cas chez les cachectiques et — fait curieux — chez les tuberculeux atteints de rougeole. Par contre, il est des maladies qui augmentent la sensibilité vis-à-vis de la tuberculine ; parmi les infections aiguës, citons le rhumatisme, la pneumonie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, l'ictère. Bien d'autres enseignements seraient à recueillir dans cette magistrale étude de pathologie générale, mais nous devons nous borner et en venir au troisième rapport dans lequel MM. Bezançon et de Serbonnes envisageaient cette question : *Une première atteinte « de tuberculose immunise-t-elle contre une atteinte ultérieure* ? C'est là un gros problème, à propos duquel une première opinion a été formulée dès 1886 par M. Marfan. Celui-ci soutenait, avec statistiques imposantes à l'appui, que la guérison des écrouelles ou du lupus conférait au sujet qui en avait été atteint une véritable immunité contre la phtisie pulmonaire. Des travaux ultérieurs montrèrent que d'autres variétés de tuberculose pouvaient être immunisantes après complète guérison : par exemple la coxalgie, certaines pleurésies et même certaines formes de tuberculose pulmonaire. A quoi tiendrait pareille immunité ? Pour M. Marfan, les premières atteintes immunisantes seraient dues à des tuberculoses atténuées. « Or, dit-il, une tuber« culose atténuée peut guérir et cette guérison donne l'immunité « pour la tuberculose grave. » MM. Bezançon et de Serbonnes ne nient pas les faits observés par M. Marfan, mais l'interprétation qu'il en fournit ne leur semble pas absolument démontrée. « Du fait, disent-ils, qu'un malade guéri d'une tuberculose at« ténuée ne présente pas dans la suite de tuberculose pulmonai« re, cela peut signifier non pas qu'il est immunisé, ni même « plus résistant, mais tout simplement qu'il se trouve placé dans « les conditions d'un individu quelconque n'ayant jamais eu de « tuberculose et qui, plus ou moins résistant, mais non immu« nisé, échappera toute sa vie à cette maladie. » En outre, si les écrouelleux guéris paraissent moins prédisposés que d'autres à la phtisie pulmonaire, c'est que la statistique porte sur des sujets sélectionnés, un grand nombre d'entre eux étant déjà morts de tuberculose. Enfin, il faut compter, dans l'interprétation des faits cliniques invoqués par M. Marlan, avec *la tendance à la sys-*

tématisation des lésions tuberculeuses. « Un individu qui fait de « la tuberculose lymphatique, disent MM. Bezançon et de Ser« bonnes, a par cela même peu de tendance à faire de la tu« berculose séreuse ou pulmonaire et inversement.,..... Si les « écrouelleux guéris ne font pas de tuberculose pulmonaire, ce « n'est pas parce qu'ils sont immunisés, mais bien parce qu'en « tant que tuberculeux lymphatiques, ils n'ont aucune tendance « à faire de la tuberculose pulmonaire. »

En résumé, MM. Bezançon et de Serbonnes ne sont pas disposés à accepter comme acquise la théorie de l'immunité tuberculeuse conférée à tout l'organisme par une première atteinte. En présence de certains résultats obtenus par Vallée dans ses expériences sur les bovidés, ils se demandent si l'immunité produite par le bacille de Koch, au lieu de se généraliser à tout l'organisme, ne serait pas l'apanage exclusif des tissus *directement* infectés. Il s'agirait en somme, non d'immunité générale comparable à celle que confère la fièvre typhoïde, mais d'immunité régionale comme en donne la syphilis et caractérisée par une résistance locale des tissus directement infectés par le tréponème.

Quoi qu'il en soit de leur hypothèse, les auteurs estiment que les arguments de M. Marfan ne lèvent pas tous les doutes. « On « ne pourrait, disent-ils, interpréter les faits observés comme le « fait M. Marfan que si les faits expérimentaux démontraient « manifestement la possibilité de l'immunité tuberculeuse. »

Ce désidératum exprimé nous valut un brillant tournoi scientifique et oratoire entre le Dr Bezançon et le Pr Arloing (de Lyon). Avec la haute autorité qui s'attache à son nom et à ses travaux, celui-ci affirma devant le Congrès que la preuve souhaitée par les auteurs du rapport était faite, du moins pour la tuberculose bovine.

Non seulement l'immunité tuberculeuse existe, mais l'immunisation préventive est en train de passer dans le domaine public. Il existe déjà de grands propriétaires qui y ont recours et qui se louent de leur initiative. M. Arloing concède qu'en clinique humaine la question est plus délicate, mais, de la collaration étroite des cliniciens et des hommes de laboratoire, sortira bientôt, à n'en pas douter, l'ère des réalisations fructueuses.

A côté des rapports principaux, toujours dans le domaine de la tuberculose, mention doit être faite de quelques communications qui fixent l'objet de discussions utiles.

MM. Besançon et Weil nous entretiennent successivement de la *pathogénie des hémoptysies* et de *la courbe du poids au cours des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique.* M. Gaultier étudia *l'action hypotensive du gui dans les hémoptysies* » ; M. Lafforgue apporta le résultat de ses *recherches sur la bacillémie tuberculeuse* et une *contribution au séro-pronostic des épanchements pleuraux.*

Tel est, en raccourci, le bilan des travaux consacrés par la section des sciences médicales à la tuberculose. On voit qu'ils furent nombreux et qu'ils touchèrent à des questions du plus haut intérêt pratique.

De son côté, la section d'Hygiène et de Médecine publique eut la primeur d'une remarquable *Enquête sur la morbidité par tuberculose dans la population rurale de la France* ; établie par le Pr Maurel (de Toulouse) et ses collaborateurs. Pour la mener à bien le territoire français avait été divisé en 5 zones, dans lesquelles la morbidité tuberculeuse ‰ était respectivement de 3.06, 3.04, 3.67, 2.70, 1.86. Tous ces chiffres marquent une augmentation sensible, sauf le dernier qui se rapporte précisément à la région toulousaine. A ces données numériques était jointe une étude étiologique très instructive, qui mettait en relief les causes principales de cette augmentation de morbidité. L'alcoolisme y tient une place prépondérante ; mais il faut faire aussi une large part à la déplorable hygiène de nos campagnes, avec les contagions familiales qui en sont la conséquence inéluctable. Celles-ci sont d'ailleurs devenues plus nombreuses, depuis que l'exode intensif des ruraux vers les centres urbains a décuplé le nombre des bacillifères qui se contaminent à la ville, puis retournent vivre et mourir dans leurs villages d'origine, en y semant la contagion.

La discussion qui a suivi a soulevé l'intéressante question des *Tuberculoses infantiles* qui nous a valu une excellente communication du Pr Bézy (de Toulouse) ; celles-ci sont plus fréquentes qu'un examen superficiel ne permettrait de le supposer : les statistiques empruntées au milieu toulousain sont particulièrement suggestives à cet égard.

Enfin le Congrès a bien voulu suivre avec un bienveillant intérêt quelques considérations qu'il nous a été donné de lui présenter sur *la tuberculose en milieu militaire*. Si l'on s'en réfère à la brutalité des chiffres et à la sécheresse des statistiques, on serait tenté de conclure que la tuberculose sévit avec une intensité désolante dans l'armée et qu'elle y fait des progrès effrayants. En réalité, les chiffres demandent à être interprétés ; si les éliminations pour tuberculose deviennent annuellement plus nombreuses, c'est que la vigilance des médecins militaires est constamment en éveil et qu'ils réforment souvent, non pour de la tuberculose déclarée, mais pour de la tuberculose simplement menaçante. En particulier, les tuberculoses ouvertes ont à peu près complètement disparu du milieu militaire ; les hommes réformés à ce stade de l'évolution morbide constituent une infime exception, et les cas de ce genre se recrutent presque tous parmi les tuberculoses à marche rapide, aiguë ou suraiguë, parfois déclanchées par une atteinte de grippe. Aussi faut-il rompre définitivement avec la légende de la contagion tuberculeuse par la caserne. En 1900, à l'Académie de médecine, cette question provoqua un débat retentissant entre le Pr Grancher et le Médecin-Inspecteur Kelsch. L'accord doit se faire, s'il n'est déjà fait, autour de l'opinion de M. Kelsch, qui est celle de tous les médecins d'armée et de tous ceux qui connaissent le milieu militaire. *Les tuberculoses militaires ne sont presque jamais dues à la contagion ; elles représentent en général des réviviscences de tuberculoses infantiles.* Il s'agit le plus souvent d'adénopathies trachéo-bronchiques de la première ou de la deuxième enfance qui sommeillent dans l'organisme avant l'incorporation et qui se réveillent au régiment sous l'influence des conditions nouvelles de vie imposées au jeune soldat ou de maladies infectieuses intercurrentes. Quelle que soit l'origine de ces tuberculoses infantiles, que l'on se rallie aux idées pathogéniques de Behring, de Calmette ou de Flügge, les faits cliniques demeurent et ceux-ci démontrent : 1° l'extrême fréquence des tuberculoses infantiles latentes ; 2° l'étroite subordination de la morbidité tuberculeuse militaire à ces épisodes pathologiques du jeune âge.

Ce sont là des vérités banales en milieu militaire ; mais on ne saurait trop les répéter et les répandre, car elles comportent des enseignements multiples dont chacun dans sa sphère peut tirer parti.

Par les détails qui précèdent, on voit que les « questions de tuberculose » agitées au Congrès de Toulouse méritaient au moins un bref résumé : l'hygiène, la thérapeutique et la pathologie générale pouvaient y glaner une ample et fructueuse moisson.

Dr Lafforgue.
(Ecole du service de santé militaire, à Lyon).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

(*Suite*)

—

Pas plus avec les iodures et les bromures qu'avec le chlorure de sodium, pas plus avec les cristaux d'hématine qu'avec ceux d'hémochromogène, nous ne pouvons établir une différence entre le sang humain et celui d'un mammifère quelconque. Là ne s'arrête pas l'incertitude du problème. En effet, avec du sang de poulet, les cristaux ne diffèrent en rien, quant aux formes et à la couleur, de ceux fournis par le sang humain. Ils sont seulement plus petits. Tous ces procédés ont été essayés sur des taches provenant de sang de poisson. Ce sang colore très faiblement les tissus. Il en faut des quantités relativement considérables pour obtenir des dissolutions légèrement colorées, qui ne donnent pas de cristaux, soit qu'on les traite directement par l'acide acétique quand il s'agit de poissons d'eau salée, soit qu'on emploie l'une quelconque des solutions salines proposées. Toutefois le sang frais de thon donne des cristaux avec l'iodure de potassium. Ces cristaux à un grossissement de 465 D. (obj. 3.oc.7 *a* de Leitz), apparaissent sous forme de bacilles. A un grossissement de 682 (oc. 3, obj. 9), ils sont très nets, colorés en violet-brun, groupés en Y, en X, en rosaces, ou isolés. Leur couleur s'atténue très rapidement.

Avec l'acide acétique, sans addition de chlorure de sodium, on obtient des cristaux de chlorhydrate d'hémine, faiblement colorés en jaune et plus petits que les précédents.

Avec le bromure de potassium, mêmes résultats qu'avec l'iodure. Les cristaux jaunes sont plus jolis et plus réguliers de forme.

Même observation pour les iodures et bromures de sodium, de strontium et d'ammonium.

Ces résultats sont explicables par la pauvreté en matière colorante du sang de poisson et probablement aussi par son altérabilité plus grande. Le thon est un des poissons dont le sang est le plus vivement coloré. Avec du sang provenant d'autres poissons les résultats seraient moins nets.

La microcristallisation ne peut actuellement fournir que des présomptions timides sur la provenance du sang examiné.

Les méthodes biologiques qui permettent de déterminer l'origine spécifique du sang sont actuellement les suivantes :

1° L'essai de l'agglutination, basé sur ce fait que le sérum d'une espèce animale agglutine les globules rouges des autres espèces et les dissout.

Mais cette méthode doit s'entourer de réactions de contrôle ; en effet, dans certains cas pathologiques, on a décrit chez l'homme une auto-agglutination de ses hématies par son propre sérum ;

2° La réaction de précipitation, basée, comme on le sait, sur le fait que le sérum d'un animal A, qui a été injecté à l'aide de sang ou de liquides organiques d'un second animal d'une autre espèce B, détermine une précipitation dans les solutions sanguines des animaux appartenant à cette seconde espèce exclusivement. Ce procédé permettra de reconnaître si une empreinte sanguine est formée de sang humain.

Il s'agira pour le médecin-légiste de vacciner un lapin, par exemple, contre le sérum humain. Lorsque ce résultat est atteint dans des conditions déterminées (sérum strictement spécifique, à pouvoir précipitant très élevé, parfaitement clair et aseptique) la réaction sera très facilement pratiquée par tout médecin sans nécessiter d'importante installation de laboratoire ;

3° L'érythro-précipitation de Klein, analogue à la précédente, et qui utilise non plus les albuminoïdes mais le pigment globulaire ; le sérum d'un animal injecté à l'aide d'un extrait de globules rouges, lavés, d'un animal d'une autre espèce, devient précipitant vis-à-vis des solutions de pigment sanguin des animaux de cette dernière espèce seule. Cette méthode, toute récente, est encore à l'étude ; elle paraît pouvoir servir utilement de complément à la séro-précipitation et peut être appliquée parallèlement avec elle sur la même tache.

La réaction de précipitation est entravée parfois par certains obstacles lorsqu'on obtient, par exemple, un sérum ou un extrait antihumain qui ne sont pas parfaitement clairs.

Dans ces cas, on pourra recourir avec avantage à la *réaction de fixation* de Bordet-Gengou. Elle est d'une application délicate. Elle consistera, dans cette circonstance : à mettre l'extrait obtenu par macération de la tache en présence de sérum antihumain inactivé à 56° et d'alexine de cobaye. Après un séjour de 1 ou 2 heures au thermostat, on ajoute des hématies de mouton sensibilisées et l'on recherche après un nouveau séjour au thermostat (30 à 60 minutes) si les hématies de mouton sont détruites ou non. Seul, un arrêt complet de l'hémolyse peut et doit être interprété comme réaction positive.

5° L'anaphylaxie a fourni tout récemment une méthode de diagnostic spécifique, dont la valeur médico-légale n'est pas bien établie encore à l'heure présente.

De toutes ces méthodes, celle de la séro-précipitation est, sans conteste, supérieure à bien des égards.

Telles sont les épreuves qui permettent de déterminer si une tache de sang est d'origine humaine ou animale. La seconde question qui se pose est la suivante : Faut-il attribuer la mort d'un sujet à une cause criminelle ? N'est-elle pas due à une infection telle que syphilis, gonococcie, streptococcie, staphylococcie, fièvre typhoïde, etc.

Deux réactions permettent de solutionner cette question ; la réaction d'agglutination, applicable principalement lorsqu'il s'agit d'affections éberthiennes, streptococciques ou staphylococcique et la réaction de fixation applicable à tous les cas.

Il est inutile de rappeler la technique bien connue de ces deux épreuves : la première, appliquée constamment en clinique pour la fièvre typhoïde, ne demande en fait d'outillage que des cultures fraîches du microbe dont on recherche les anticorps ; la seconde (réaction de Bordet-Gengou), un peu plus compliquée, se pratiquera comme il a été dit plus haut pour la détermination de l'espèce animale dont provient une tache de sang, l'antigène étant ici, selon les cas, un extrait syphilitique reconnu spécifique, une culture de gonocoque, de bac. d'Eberth, etc.

DEUXIÈME QUESTION

Spermatorrhée d'origine traumatique.

M. Marcel *Heger* (Bruxelles), rapporteur.— La spermatorrhée, en tant qu'affection médicale, est bien connue et a fait l'objet de monographies complètes ; mais, à ma connaissance, il n'existe pas de relation de cas de spermatorrhée d'origine traumatique. Il est probable que cette affection passe inaperçue, souvent par négligence dans l'examen des urines.

La spermatorrhée traumatique est une spermatorrhée passive : elle se produit sans le concours d'aucune contraction de l'appareil génital et est due uniquement à une pression exercée sur la prostate et les vésicules séminales, comme cela peut avoir lieu au moment de la défécation.

A la suite d'un traumatisme des organes génitaux et du périnée, il subsiste une paralysie des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs ; ces organes ayant perdu leur élasticité, l'embouchure urétrale de ces conduits reste béante et, à la suite des efforts de miction ou de défécation, les vésicules séminales se vident sans érection, ni sensation voluptueuse.

Je ne parlerai pas de la symptomatologie de l'affection, qui est bien connue, ni de l'influence désastreuse qu'elle exerce sur le moral du malade, qu'elle conduit à la neurasthénie.

J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de spermatorrhée d'origine traumatique, que je crois intéressant de relater. La première observation concerne un entrepreneur âgé de trente-cinq ans et de complexion forte, qui tombe à califourchon sur une pièce de bois. La souffrance est telle qu'il perd connaissance. Le lendemain de l'accident, je constate la présence d'un petit hématome au scrotum et d'une ecchymose étendue à la région périnéale. Le testicule gauche est douloureux au palper, mais pas tuméfié. Le blessé n'a pas de fièvre, ni d'hématurie. Les jours suivants, les mictions sont douloureuses et la défécation est très pénible. Toute la région périnéale est fort sensible à la pression et au moindre effort.

Les lésions objectives rétrocédèrent lentement, sans entraîner d'atrophie du testicule et sans qu'il y eut de suppuration des hématomes. L'entrepreneur reprit ses occupations, bien que la marche lui fut longtemps pénible.

Cinq mois après l'accident, je revis le blessé ; il ne disait guéri de ses contusions, mais il se plaignait d'un affaiblissement progressif, dont il ne pouvait découvrir la cause. Il se fatigue rapidement et se sent inapte à un travail soutenu ; il se plaint de douleurs lombaires, de céphalalgie et de vertiges. Il a maigri ; les yeux sont cernés ; le teint est anémié ; l'appétit, cependant, est conservé. Les selles sont laborieuses, et la défécation, qui est parfois douloureuse, s'accompagne souvent de perte d'un liquide blanchâtre par le canal de l'urètre. Les mictions sont fréquentes, mais indolores. Les érections sont rares et de courte durée ; l'appétit sexuel serait d'ailleurs fort diminué.

A cette époque, il ne persiste rien des lésions constatées lors de l'accident ; la région périnéale reste cependant sensible à la pression.

Je fis, à maintes reprises, l'analyse des urines émises en ma présence. Les urines, après repos, étaient légèrement troubles et sédimentaient un peu de mucus. Elles renfermaient des traces d'albumine et les recherches microscopiques y révélaient — à chaque examen — la présence de spermatozoïdes. Pas de cylindres, ni d'éléments rénaux.

Il s'agissait donc, en l'occurrence, d'une spermatorrhée.

L'intéressé avait toujours joui d'une bonne santé. Il est père de trois enfants, dont le dernier a trois ans. Deux mois avant l'accident, il avait contracté une assurance-vie et avait été accepté au taux ordinaire. A cette occasion, l'analyse de ses urines avait été pratiquée.

Rien à noter dans son hérédité ni dans ses antécédents personnels. Il n'aurait jamais contracté d affection vénérienne et ne se serait pas livré à la masturbation. Je n'ai pas relevé de traces de blennorragie ni de syphilis, et la sonde à boule ne rencontre pas de rétrécissement urétral. Les organes génitaux ne présentent pas de malformations. L'intéressé n'a pas d'hémorroïdes ni de varicocèle.

En présence de l'altération de la santé générale du blessé depuis son accident, de la nature des lésions observées et de l'absence des causes habituelles de la spermatorrhée, je me crois autorisé à conclure à l'origine traumatique de l'affection.

A la suite de la violente contusion du périnée et des organes génitaux, il persiste une atonie des vésicules séminales, qui se vident par la compression exercée, soit par le bol fécal, soit par les muscles releveurs de l'anus.

Il y a environ deux ans, j'eus l'occasion d'observer un autre cas de spermatorrhée d'origine traumatique.

Il s'agissait d'un ouvrier de l'Administration des chemins de fer, qui fut victime de l'accident suivant : par suite de la rupture du limon d'une charrette chargée de graisse, il fut violemment contusionné aux organes génitaux, au périnée et à l'hypochondre gauche. Il perdit connaissance, resta évanoui pendant près d'une heure, puis fut pris de vomissements répétés. Transporté à son domicile, il garde le lit pendant trois semaines, se plaignant de vives douleurs abdominales et périnéales.

L'hématome, qui existait au périnée, rétrocéda sans suppurer. Ces renseignements sont confirmés par des témoins dignes de foi et par des certificats médicaux.

Six mois après l'accident, l'ouvrier n'étant pas guéri, je fus commis avec M. le Dr Henrotin pour procéder à une expertise amiable aux fins de déterminer les conséquences de l'accident. Voici le résumé succinct de nos constatations.

L'intéressé est célibataire et âgé de trente ans. Il porte les traces d'un amaigrissement notable : les chairs sont flasques, les yeux sont cernés, le teint est pâle et les muqueuses sont décolorées. La marche du malade est pénible et hésitante. La dépression est très accusée.

Le demandeur se plaint d'une « grande faiblesse » et de douleurs pendant la défécation, d'autant plus qu'il est enclin à la constipation. Les mictions sont fréquentes et indolores.

Répondant à notre interrogatoire, il avoue une inappétence sexuelle depuis l'accident ; les érections seraient rares et de courte durée, sans pollutions nocturnes. Il attribue ces symptômes à sa grande faiblesse. Le blessé accuse, en outre, des troubles neurasthéniques.

Rien à noter du côté de l'hérédité, ni des antécédents personnels de la victime : elle n'a fait aucune maladie grave et n'a pas eu d'affection vénérienne. Nous ne décelons aucune manifestation syphilitique ni aucune trace de blennorragie.

L'examen objectif du blessé donne peu de renseignements. La palpation de l'hypochondre gauche est douloureuse. Nous ne constatons pas d'augmentation de volume du foie, des reins et de la rate. Pas de tumeur abdominale ; pas d'ascite, de tête de méduse ni de bourrelets hémorroïdaires. De la contusion des organes génitaux, il ne reste plus de traces lors de son premier examen (soit six mois après l'accident). Les organes génitaux externes sont bien conformés : pas de phimosis, de balano-posthite, d'orchite, de blennorrhée ni de rétrécissement urétral. Du côté gauche, il existe un léger varicocèle, simple ectasie du plexus veineux spermatique, n'entraînant ni gêne, ni gonflement du scrotum. L'intéressé en ignore l'existence. La pression à la région périnéale et la palpation des testicules seraient douloureuses.

D'après des témoins dignes de foi, l'amaigrissement et la faiblesse du blessé s'accentueraient progressivement. Corpulent et jovial jadis, il est aujourd'hui maigre et mélancolique.

Les urines (émises en notre présence) ont été examinées à plusieurs reprises et à des intervalles éloignés. Elles étaient blanchâtres, sans filaments, ni dépôt uraté. L'analyse y décela la présence d'une petite quantité d'albumine (1/4 gr. maximum). L'examen microscopique révéla, chaque fois, la présence de spermatozoïdes, de cellules vésicales et de quelques leucocytes. Pas de cylindres, ni de cellules rénales. Le diagnostic de spermatorrhée s'imposait donc. Nul doute que cette affection ne reconnaisse pour cause l'accident qui a déterminé une violente contusion des organes génitaux et du périnée. Consécutivement se sont déclarés des troubles des fonctions sexuelles, de l'aveu du blessé, dont les déclarations nous paraissent sincères, surtout sur ce point auquel il n'attache guère d'importance et qu'il met sur le compte de sa faiblesse générale. Cette faiblesse ne s'est pas déclarée immédiatement après l'accident, mais s'est établie progressivement et augmente de jour en jour ; ce serait là la cause de la dépression morale du blessé (qui ignore cependant l'existence de sa spermatorrhée) : il désespère de guérir et craint un affaiblissement progressif qui le conduise au tombeau.

En relatant brièvement ces deux observations, j'ai voulu attirer l'attention sur une affection qui peut facilement passer inaperçue au cours d'une expertise médico-légale.

A mon avis, un examen microscopique des urines s'impose dans tout traumatisme sérieux du périnée et des organes génitaux de l'homme.

(A suivre.)

ANALYSES

Apoplexie des surrénales ; par le Dr Brodnitz. (*Muncher medizinische Woehenschrift*, 26 juillet 1910, n° 30, p. 1591.)

Brodnitz relate l'observation d'un homme de 35 ans mort en 4 à 5 jours d'une hémorragie des glandes surrénales. Les symptômes qu'il présenta pendant ce court laps de temps furent ceux d'une occlusion intestinale : début brusque par des douleurs abdominales atroces et des vomissements. La morphine ne peut calmer ces coliques extrêmement douloureuses, les vomissements persistent, il y a arrêt des gaz et des matières. Quoique l'examen physique de l'abdomen ne montre aucun signe pathologique, on se décide à intervenir, la laparatomie montre que l'appendice et toutes les autres portions de l'intestin sont saines ; l'opération ne modifie nullement les douleurs, et le 4e jour, le sujet meurt après avoir présenté une élévation de température à 39°, une faiblesse extrême du pouls et une respiration superficielle et ralentie.

L'autopsie montra des lésions bilatérales des deux glandes surrénales, à l'exclusion de toute autre altération.

La surrénale gauche présentait les traces d'une hémorragie récente et d'une hémorragie ancienne (Le malade avait présenté d'une façon atténuée un syndrome analogue quelques années auparavant.)

Cette intéressante observation est à rapprocher des observations connues de syndromes surrénaux mortels à allure de péritonite, d'empoisonnement.

Elle montre combien le diagnostic de ces états graves est délicat : l'*état de l'abdomen*, le *ralentissement du pouls*, la *température qui reste normale*, attireront l'attention sur les glandes surrénales plus que sur l'intestin. Cette observation montre aussi que ces syndromes ne peuvent être mortels mais récidivent volontiers. Leur étiologie est obscure.

L'apoplexie de la glande peut être causée par des embolies ou des thromboses, notamment des embolies post-opératoires ; ainsi il faudra toujours songer aux syndromes surrénaux dans les cas post-opératoires rappelant ceux que nous venons d'étudier.

R. Debré.

BIBLIOGRAPHIE

La fièvre de Malte en France ; par P. Cantaloube. (Chez Maloine. Paris, 1910.)

Le Dr Cantaloube (de Sumène) traite dans son livre de la fièvre de Malte observée dans le midi de la France, longtemps méconnue, et récemment reconnue comme telle. Son volumineux et intéressant travail a le mérite d'être assis sur les documents personnels, recueillis au nombre de 200, où la clinique fait le fond de l'observation. Ce livre apporte assurément une contribution importante à l'histoire de la fièvre méditerranéenne en territoire français. C. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les tics chez l'écolier et leur interprétation ;

Par le Dr G. PAUL-BONCOUR

Médecin en chef de l'Institut médico-pédagogique.

Au point de vue éducatif, il faut se réjouir que l'on établisse des corrélations entre des états pathologiques et certaines attitudes mentales, à la condition que toute exagération soit évitée. Considérons ce qui se passe fréquemment pour les tics ; il n'est pas rare de voir des médecins et des éducateurs attribuer à leur présence chez un écolier une signification péjorative. Volontiers, ils écrivent et ils disent qu'un enfant tiqueur est un dégénéré, un vicieux, un débile intellectuel.

Ces assertions sont-elles fondées ?

***

J'ai parcouru avec soin un certain nombre de travaux et j'ai constaté tout d'abord que beaucoup d'auteurs acceptent cette opinion sans l'avoir vérifiée personnellement. Quant à ceux qui ont observé par eux-mêmes, ils ne fournissent aucune preuve solide. Ils déclarent qu'il existe dans les écoles un grand nombre de tiqueurs, ce qui est exact ; puis ils ajoutent que la plupart d'entre eux sont vicieux ou dégénérés ou débiles, sans qu'aucun chiffre, sans qu'aucune statistique ne viennent donner un appui scientifique à ces déclarations sensationnelles.

Ce sont des affirmations, qui proviennent peut-être de ce que les médecins jugent la généralité des faits d'après les cas vus dans leur cabinet ou dans des cliniques. Des parents ne viennent consulter un médecin au sujet des tics de leur enfant que lorsque les mauvaises habitudes sont très accentuées et le rendent ridicule. Ils réclament encore un avis lorsqu'un trouble nerveux vient souligner le tic. Tous ces cas sont plutôt sérieux ; mais pour juger sainement, il convient d'aller rechercher les tiqueurs à l'école et de comparer leur mentalité et leur caractère à des groupes égaux d'écoliers sains.

De plus il faut bien s'entendre sur ces termes « vicieux » et « dégénérés ». Certains maîtres, qui ont bien voulu me transmettre des renseignements sur des enfants m'ayant été amenés par des familles désireuses de voir corriger leurs tics, appliquent volontiers cette épithète de vicieux. Après enquête et discussion, il reste établi qu'ils désignent ainsi des écoliers indisciplinés, de caractère difficile, rétifs, etc... et rien de plus. Un professeur irrité par un de ses élèves le juge souvent fort mal.

Tout médecin dressant une statistique d'après de semblables données passera certainement à côté de la vérité.

Il en est de même pour le terme « dégénéré ». Les auteurs négligent de le définir. Or c'est un mot élastique, à signification discutée et discutable et il serait prudent d'en établir la valeur avant de l'appliquer à un écolier.

***

Un écolier tiqueur est-il atteint de débilité de l'esprit ou de la volonté ? La plupart des traités de médecine infantile le disent plus ou moins nettement : le tic, pour exister, aurait besoin d'un état particulier de la mentalité ou du caractère. Cette conception résulte de ce fait qu'on applique intégralement à l'enfant la théorie si brillamment soutenue par MM. Meige et Feindel à propos de l'adulte. Même chez celui-ci, cette théorie est parfois en défaut, et M. Cruchet, notamment, a démontré que la faiblesse intellectuelle n'était pas un élément essentiel ; mais d'une façon générale, il est certain que beaucoup d'adultes ne peuvent se déshabituer de leurs tics en raison de leur infantilisme mental, de l'instabilité et de la versatilité de leur caractère. On va même jusqu'à admettre que l'existence des tics est due à une cérébropathie psycho-motrice.

Il est véritablement impossible d'appliquer systématiquement à l'enfant une semblable théorie : l'enfant a normalement la mentalité et le caractère retrouvés chez un adulte atteint de tiquose, et par cela même il est apte à contracter de mauvaises habitudes.

Chez lui, la tendance à l'automatisme est physiologique, il imite avec une facilité désespérante, aussi la présence de tics chez un enfant ne peut étonner personne. Il existe peu d'enfants, à mon avis, qui, à un moment donné, n'aient pas présenté des mouvements automatiques et sans utilité. Cette tendance à remuer, à imiter, à persister dans un geste inutile, se corrige au cours de la croissance sous l'influence de l'éducation. Au fur et à mesure que l'enfant se développe, sa volonté s'affermit, son caractère se discipline et les mauvaises habitudes motrices s'atténuent et tendent en général à disparaître.

***

Les considérations qui précèdent paraîtraient théoriques si elles n'étaient pas confirmées par l'observation et la statistique. J'ai donc fait une enquête, avec la collaboration de M. Boyer, directeur de l'*Institut médico-pédagogique* sur les 1759 écoliers ou écolières d'une commune de la banlieue. Parmi ces enfants existent 417 tiqueurs, soit 23, 18 %.

Tous les tiqueurs ont été méthodiquement répartis en trois catégories : au point de vue de leur application au travail, de leur conduite et de leur intelligence.

Chaque enfant a été l'objet d'une observation spéciale suivie de discussion.

Parmi ces tiqueurs on note :

A) au point de vue du travail ;			
60	laborieux	soit	14,3 %
274	moyens	—	65,7 %
83	paresseux	—	19,9 %
B) au point de vue de la conduite :			
149	dociles	soit	36,2 %
229	moyens	—	54,9 %
39	indisciplinés	—	9,35 %
C) au point de vue de l'intelligence :			
36	précoces	soit	8,63 %
325	moyens	—	77,93 %
56	retardataires	—	13,42 %

En somme, il est aisé de voir que les tiqueurs se placent, à ce triple point de vue de l'adaptation scolaire, dans la moyenne des élèves. Leur conduite n'est pas aussi mauvaise qu'on l'a souvent proclamé, puisque le nombre des élèves dociles l'emporte de beaucoup sur celui des indisciplinés (36, 21 % opposé à 9, 35 %). Leur travail et leur intelligence permettent des rapprochements analogues.

***

Je donne maintenant la série de mes chiffres qui permettent de tirer quelques conclusions. Le nombre des tiqueurs est indiqué par âge et non par classe, ce qui m'a paru préférable.

D) nombre des tiqueurs à l'Ecole maternelle (deux sexes):

	Effectifs	Nomb. de tiqueurs	
Enfants de 2 à 4 ans	86	12	15 %
4 à 5 ans	136	7	5,14 %
5 à 6 ans	253	12	3,16 %

E) tiqueurs des classes des garçons :

	Effectif	Nomb. de tiqueurs	
7 ans...............	219	26	27,39 %
8 —	111	25	22,52
9 —	118	46	38,98
10 —	165	32	19,39
11 —	39	7	14,28
12 —	54	27	50,
13 —	66	7	10,60

G) tiqueuses des classes des filles :

Age	Effectif	Nomb. de tiqueuses	
7 ans...............	227	62	27,31
8 —	113	21	18,58
9 —	114	29	25,43
10 —	104	28	26,92
11 —	80	22	27,5
12 —	76	22	28.94
13 —	28	2	7,14

Quelques observations sur cette statistique.

1° Les tics existent à l'école maternelle, mais j'ai remarqué, et depuis longtemps, que chez les jeunes enfants ils sont rudimentaires : à leur entrée à l'école beaucoup d'élèves ont de mauvaises habitudes contractées dans leur famille et qu'il est aisé de détruire.

2° C'est vers 7 ans que les tics augmentent, et ensuite on les trouve inégalement répartis suivant les âges. Chez les garçons de 12 ans j'ai trouvé le chiffre extraordinaire de 50 %. Est-ce un hasard ? Est-ce qu'un tiqueur exagéré a influencé ses camarades ? Est-ce que la proportion des tiqueurs à l'approche de la puberté s'augmente ? Je ne puis donner d'explication satisfaisante. Je livre le fait tel qu'il existe.

3° La proportion des tiqueurs est la même dans les deux sexes.

4° A 13 ans, dans les deux sexes, la proportion diminue considérablement. A ce moment, la puberté va s'établir et l'évolution mentale concomitante fait sentir son influence.

5° On peut remarquer (tableau C) que certains tiqueurs manifestent de la précocité intellectuelle. Il serait intéressant de pousser l'enquête plus loin et de rechercher si les efforts d'un enfant, pour réussir, ne sont pas parfois la cause d'un nervosisme producteur de tics.

***

Pour compléter mon enquête, j'ai examiné de plus près encore 35 tiqueurs retardataires pour déterminer exactement leur débilité mentale et leur état de dégénérescence. Ces enfants avaient un âge variant de 8 à 12 ans. Pour constater la tare dégénérative, je me suis bien gardé de m'en tenir aux stigmates physiques de dégénérescence.

A plusieurs reprises, je me suis élevé contre cette tendance à juger un individu d'après ses malformations, et notamment j'ai démontré, avec pièces à l'appui, le fait en apparence paradoxal que certaines malformations crâniennes étaient, en raison même de leur accentuation, une preuve que le cerveau avait plus d'ampleur Autrement dit, de deux déformations, l'une à peine visible et rudimentaire, et l'autre très marquée, celle-ci est *parfois* le signe d'une supériorité.

Pour être qualifié de dégénéré, un écolier doit présenter des manifestations démontrant son infériorité psychophysique et son impossibilité de s'adapter spontanément à la vie scolaire. Sur ces 35 enfants, j'en ai trouvé 3 auxquels j'ai pu appliquer sans hésitation l'épithète de dégénéré.

Deux étaient arriérés au point de vue psychique (dont l'un avec des crises fréquentes d'excitation mentale) et le troisième avait une intelligence normale, mais était menteur, voleur, cruel. Il avait de l'incontinence d'urine et avait souffert en bas âge de convulsions.

***

De tout ce qui précède, nous pouvons donc conclure que le tic n'a pas constamment la signification péjorative qu'on lui attribue si aisément. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille accorder à un tic aucune importance, car c'est la manifestation d'un nervosisme permanent ou transitoire, que le médecin scolaire et l'éducateur n'ont pas le droit de négliger.

Par exemple, l'apparition et la recrudescence de tics sont un signe excellent d'inattention ou de fatigue. Pourquoi en est-il ainsi ? Ce peut être le résultat du surmenage, de fautes pédagogiques, d'une hygiène mal comprise, etc.

Quand un maître ne sait pas intéresser ses élèves, il est fréquent de voir naître des tics. Ce sont là de petits faits rendant de grands services dans la vie quotidienne.

Enfin, n'oublions pas que les tiqueurs peuvent aussi être des dégénérés et des anormaux psychiques. Il est bon de les dépister dès l'école. Chez eux, le tic est tenace, il persiste après la puberté et souvent ce sont ces sujets qui donnent le mauvais exemple et sont imités.

Alors que chez les autres tiqueurs, la cure est relativement aisée, chez les dégénérés et les anormaux psychiques, les résultats sont souvent douteux. Tous ceux qui ont la pratique de la correction des tics ont dû s'apercevoir comme moi de l'insuccès du traitement chez les arriérés et les instables : ou bien malgré tous les efforts les tics persistent, ou bien, après une accalmie, ils reprennent leur intensité.

Chez un adulte se soumettant au traitement, existe une volonté ferme de guérir ; mais l'enfant ne s'y prête qu'à contre-cœur et chez lui l'effort nécessaire est absent. J'estime donc qu'avant d'instituer le traitement correcteur proprement dit, c'est-à-dire la discipline psychomotrice, il est prudent de soumettre pendant un temps variable l'écolier au traitement médico-pédagogique, seul capable de fournir une base solide à la guérison.

J'ai l'habitude d'ailleurs de ne jamais donner aux familles l'assurance d'une guérison définitive ou rapide avant d'avoir soigneusement dressé l'inventaire du capital intellectuel de l'enfant et d'avoir identifié son caractère.

Tétanos céphalique ;

Par le Dr R. GOUBEAU.

J..., Suzanne, née le 25 décembre 1905, a toujours été bien portante jusqu'en mars 1910 On ne relève dans son passé aucune maladie antérieure, ni aucune anomalie de développement. Cette enfant était nerveuse et s'émotionnait très facilement.

Antécédents héréditaires. Un grand-père maternel est mort deux mois auparavant de tuberculose généralisée (ayant débuté par pleurésie, puis tuberculose pulmonaire et ganglionnaire médiastinale, ganglionnaire abdominale ; enfin surrénale avec syndrome addisonien).

La mère et la grand'mère maternelle sont très nerveuses. A la mort de son mari, la grand-mère est restée pendant plusieurs heures sans pouvoir proférer une parole.

Le père est sain.

Aucune trace de syphilis parmi les ascendants

Le 8 mars 1910, brusquement, à 9 heures du matin, en pleine santé, la jeune Suzanne présente des contractions spasmodiques de la face du côté droit : les muscles des paupières et de la joue s'agitent, la commissure labiale

est attirée en haut ; mais, au dire des parents, il n'y a ni révulsion des yeux, ni strabisme, ni de convulsion des membres.

Ces secousses, qui se succèdent très rapidement, ne durent pas plus de 3 ou 4 minutes. Puis la face reprend son aspect habituel ; mais l'enfant ne peut répondre aux questions qui lui sont posées.

Je vois la petite malade à 10 heures.

L'état général est excellent — il n'y a pas de fièvre — le pouls est bon et régulier — la respiration normale. L'intelligence est entière, la malade comprend tout et elle est gaie.

Les contractures ne se sont pas reproduites. Au repos, on ne constate d'apparent que l'*écoulement abondant de la salive* en dehors de la bouche.

Mais, dès que la malade sourit, la paralysie faciale apparaît nettement (atteignant tous les muscles du territoire de la branche temporo-faciale et de la branche cervico-faciale).

Il y a *dysphagie* : impossibilité d'avaler quoi que ce soit, impossibilité de tirer la langue ; mais pas de raideur de la nuque, et, chose remarquable, PAS DE TRISMUS. Pas de céphalalgie. Rien d'anormal aux membres. D'ailleurs, tous les réflexes sont normaux.

L'enfant ne peut pas parler ; mais elle comprend tout et répond par signes.

En présence de ces symptômes, j'avoue que je demeurai incertain, pensant plutôt, soit à une paralysie hystérique, soit à une lésion pédonculo-protubérantielle, et en particulier à une lésion tuberculeuse, dont plusieurs cas à début brusque analogue ont été relatés (d'Espine et Picot).

Néanmoins, j'instituai le traitement suivant :

Chloral, 3 grammes ; Bromures associés ; Frictions au collargol ; Bains de tilleul, Application d'une vessie remplie de glace sur la tête. Lavages et désinfection du nez.

La journée du 8 se passe ainsi, sans nouvelles contractures, l'état général restant bon, mais l'enfant ne pouvant ni parler ni avaler.

Le 9 mars, l'état de la malade et son aspect n'ont pas varié. Il n'y a pas eu de nouvelles contractures.

La dysphagie a un peu diminué, car la salive ne s'écoule plus de la bouche et l'enfant peut avaler quelques gouttes de liquide.

Il n'y a pas de trismus, ni de raideur de la nuque.

Respiration et pouls sont normaux.

La température *axillaire* est de 36°7.

La langue est saburrale et l'haleine présente une odeur d'acétone. Il y a de la constipation, qui cède à un lavement.

Mais l'état général reste bon. L'enfant joue.

Le 10 mars, au matin, l'état général commence à devenir mauvais. L'enfant ne cherche plus à se lever et se laisse aller.

La dysphagie et l'aphasie persistent.

Dans la nuit, il y a eu, pendant 4 à 5 minutes, de nouvelles contractures de la face du côté droit.

Les yeux restent entrouverts sans que les paupières puissent se fermer.

Il y a maintenant du trismus.

Le pouls est rapide.

La température *axillaire* est normale (37°).

A trois heures du soir, je revois la malade avec le Dr Milian que j'avais demandé en consultation et nous constatons ensemble les signes suivants :

Abolition du réflexe cornéen des deux côtés ;

Signe de Babinski du côté droit ;

Déviation à gauche de la pointe du nez ;

Signe des orteils ;

Pas de signe de Kernig ; pas de paralysie des membres ; pas de raideur de la nuque ;

Réflexe rotulien normal ;

Le trismus s'est accentué ;

La température (*rectale*) est de 39°2.

Le diagnostic reste incertain entre : hémorrhagie méningée ou méningite de la base ; tuberculose de la région protubérantielle et tétanos.

Aussi décidons-nous de pratiquer une ponction lombaire. Celle-ci est faite le même soir, et on retire dix centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien absolument limpide.

Le diagnostic de tétanos céphalique est alors porté avec certitude.

Comme confirmation, l'enfant présente, dans la nuit du 10 au 11 mars, des contractures spasmodiques de la face, non plus du côté droit, mais *du côté gauche*, contractures auxquelles j'assiste cette fois. Elles ont lieu sur le territoire des branches temporo-faciale et cervico-faciale gauches. On compte 34 secousses convulsives par minute. Les deux yeux sont révulsés et regardent au plafond. Les contractures durent 6 heures, puis s'arrêtent.

Cependant la dysphagie est amoindrie et la petite malade peut avaler quelques gorgées.

Température (rectale), 39°5. Pouls, 148. Respiration, 30.

Il y a du refroidissement des extrémités.

Constipation. Rétention d'urine (un bol d'urine foncée, non albumineuse, est retiré par sondage). Le trismus est plus prononcé.

Une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique est pratiquée.

Le soir à 6 heures, la température monte à 40°2 ; le pouls à 152 ; la respiration = 30.

L'enfant est agitée ; le moindre attouchement provoque des mouvements ataxiques des membres.

Le 12 mars, la malade commence à être très abattue, bien que l'intelligence soit toujours conservée, mais elle a peine à suivre des yeux les mouvements de son entourage. Elle peut encore avaler quelques gorgées et a une émission naturelle d'urine.

Le trismus va s'accentuant de plus en plus.

Les mouvements ataxiques sont plus fréquents.

Le réflexe rotulien est normal des deux côtés.

Réflexe plantaire: à droite, flexion nette ; à gauche douteuse (extension ?)

L'auscultation fait entendre des sibilances du côté droit de la poitrine.

12 mars (*suite*).	A 6 heures du matin :	Température,	39°
		Respiration,	30
		Pouls,	150
	A midi :	Température,	40°2
	A 6 heures du soir :	Température,	39°3
		Pouls	176
		Respiration,	37

Constipation. Rétention d'urine. Sondage (un bol d'urine foncée).

Traitement : Chloral, 3 grammes par 24 heures, Friction au collargol: Injection huile camphrée, Bains tièdes de tilleul (4 par 24 heures). Enveloppement ouaté des membres.

Alimentation à la sonde par le nez 2 fois par jour : (1 jaune d'œuf ; 1/2 bol de lait ; eau de Vals).

La nuit du 12 au 13 est agitée. A plusieurs reprises, l'enfant a des contractures des bras. Elle dort les paupières ouvertes. Il y a révulsion des yeux.

Les mouvements ataxiques sont fréquents.
L'abattement fait des progrès.

Température : à minuit, 39°2
à 6 heures, 38°4
Pouls, 160 très faible
Respiration, 34

Injection de 20 centicubes de sérum antitétanique.
La malade passe une journée plus calme, sans nouvelles contractures.

6 heures soir : Température, 40°6
Pouls, 171
Respiration, 41 (arythmie)

Rétention d'urine. Sondage (un quart de bol d'urine).
Alimentation à la sonde matin et soir (2 jaunes d'œufs, 1 bol de lait). Chloral, 1 gr. matin et soir. Friction au collargol.
Nuit du 13 au 14 mars, assez calme.
Quelques mouvements ataxiques.
La petite malade a dormi les *yeux fermés* et non entr'ouverts comme précédemment. Elle urine un peu sous elle et a une selle abondante.

14 *mars*. Température à minuit, 40°5 (Bain de tilleul)
— à 6 heures, 40°5 (Bain)
— à 9 heures, 40°5
Pouls, 135
Respiration, 35

L'enfant a du strabisme divergent passager en dormant.
Il y a abolition du réflexe rotulien.
Le réflexe lumineux est conservé.
Injection de sérum antitétanique 10 centimètres cubes.
Alimentation à la sonde.

14 *mars*. Midi : température, 39°8 (Bain)
A 6 heures soir, — 40°4
Respiration, 40
Pouls, 145

Moins de mouvements ataxiques. Moins d'abattement, L'enfant suit des yeux tout ce que l'on fait et fait signe qu'elle comprend.
Friction au collargol
Alimentation à la sonde matin et soir.
Il y a de l'agitation jusqu'à minuit.
A minuit, température : 40°2 (bain).
Cette nuit-là, et pour la première fois depuis le début, on constate de la raideur de la nuque et de la colonne vertébrale (opisthotonos) ; mais de façon passagère.
L'enfant urine sous elle.
Elle a dormi les yeux fermés.

Le 15 mars à 6 heures, la température s'élève à 41°2
à 9 heures, — — 41°3
Pouls, 167
Respiration, 57

Au poumon droit, la respiration est soufflante, avec quelques râles humides ; il y a un peu de toux.
La journée est cependant calme, et l'enfant paraît moins abattue.
L'intelligence est toujours intacte.

Température à midi, 40°5 (bain)
à 3 heures, 39°8 (bain)
à 6 heures, 40°2 (bain) 39°8 (après bain)

On fait une friction au collargol.
On administre un lavement au sulfate de soude.
La constipation est opiniâtre depuis plusieurs jours et n'a cédé ni aux lavements, ni à l'huile de ricin donnée la veille.

A 7 heures se produisent consécutivement 5 ou 6 selles d'une abondance extraordinaire, de consistance et d'aspect normaux. L'enfant peut uriner seule.
Au cours de cette journée, à une vingtaine de reprises, elle parvient à vaincre le trismus en ouvrant largement la bouche, mais celle-ci se referme bientôt avec un bruit de castagnettes.
Alimentation à la sonde matin et soir. 2 jaunes d'œufs, 3 tasses à café de lait, 1 cuillerée à café de rhum.
La nuit du 15 au 16 est calme. L'enfant, pas encore trop affaiblie, a une selle très abondante et une émission naturelle d'urines.

16 *mars*. Température à minuit, 40°2 (bain)
— matin à 3 h. 40°1 (bain) 38°2 (après bain)
— — à 6 h. 39°9 (bain)
— — à 9 h. 40°
Pouls, 170
Respiration, 57

Injection de sérum antitétanique de 10 centimètres cubes.
La journée se passe sans agitation, mais l'abattement est très marqué.
L'enfant a une selle et une émission naturelle d'urine.
On l'alimente à la sonde matin et soir.
Poumons : Souffle à droite. Sibilances à gauche.

Température à 2 heures, 40°8 (bain)
— à 5 heures, 39°5
Pouls, 150
Respiration, 59

Il y a du refroidissement des extrémités.
Pas de réflexes rotuliens ni cornéens.
Les yeux sont révulsés, entr'ouverts.
Dans la nuit du 16 au 17 mars, l'abattement devient extrême, et l'intelligence commence à s'obnubiler. L'enfant ne s'intéresse plus à rien et ne suit plus des yeux comme précédemment ; ses yeux sont presque constamment révulsés. Elle a quelques contractures spasmodique des deux mains.
Elle a une émission naturelle d'urine et trois selles abondantes.
La température baisse ; mais le pouls s'accélère.

Température à minuit, 39°1
à 3 et 6 heures, 38°9
à 9 heures, 38°4
Pouls à 9 heures, 154 très faible

Cette *dissociation* de la température et du pouls me fait porter un pronostic fatal à bref délai.
En effet, l'enfant, dans la journée, tombe dans le coma. Elle a de la diarrhée.
Les membres se refroidissent et se cyanosent.
La respiration s'embarrasse.

A 5 heures, température 39°
Respiration 57
Pouls, 175 presque imperceptible.

Décès le 17 à 9 heures du soir.
Plusieurs points sont intéressants à faire ressortir dans cette observation.
Le plus important, c'est *l'absence complète de trismus au début*, et *l'absence de raideur de la nuque*.
Larrey a bien décrit une forme dysphagique où le spasme pharyngien peut précéder de peu la contracture des masséters ; mais où l'opisthotonos cervical ne manque pas.
Dans les diverses formes de tétanos céphalique signalées par Rose, le trismus et l'opisthotonos cervical ne firent pas défaut.

A remarquer également (quoique ayant été déjà observées) l'apyrexie et la conservation (plus rare) d'un bon état général pendant les deux premiers jours.

L'*étiologie* a présenté aussi une certaine obscurité. Malgré des recherches minutieuses, il n'a pas été possible de trouver la porte d'entrée du bacille de Nicolaïer.

La petite malade était tombée sur le menton, d'une chaise, le 1er ou le 2 mars, mais sans se faire aucune écorchure.

Au genou droit, existait un léger bleu, et deux petites égratignures au pouce et au médius droits.

Mais on sait que dans le tétanos céphalique la porte d'entrée est située sur le territoire des nerfs crâniens.

L'hypothèse qui me paraît la plus vraisemblable est la suivante : l'enfant avait eu du coryza quelques jours auparavant, le dimanche 6 mars, elle était allée chez des parents, à Champigny, et là, elle avait joué toute la journée dans de la terre à fumure très forte ; comme elle avait la mauvaise habitude de fourrer ses doigts dans son nez, il est probable qu'elle a introduit ainsi des microbes tétaniques sur une muqueuse déjà enflammée et que c'est par cette voie que s'est faite l'infection.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Quelques mots de plus sur l'agrégation.

L'argumentation de M. Sorel (1) est une véritable boîte à surprises : elle en a tout le charme autant que l'imprévu.

Je passe sur les épithètes de *raté* et de *jaloux* que mon estimable confrère prétend lui avoir été décochées dans sa croisade vers Bordeaux : le mot « raté » ne fut jamais prononcé ; quant au mot « jaloux », il ne fut qu'une riposte à toutes les aménités qui nous furent, ce soir-là, déversées. Quand on vient dire aux gens : vous êtes des « Thomas Diafoirus », et qu'on cherche par des moyens de cette nature à mettre les rieurs de son côté, on a vraiment quelque mauvaise grâce à se plaindre d'avoir, dans la bagarre, reçu quelque horion. C'est de bonne guerre. J'avoue que, pour ma part, si, dans une circonstance analogue, j'avais été traité de la sorte, je me serais hâté de l'oublier, me souvenant de l'avis que donnait à son lecteur notre bon Clément Marot :

> Mais, l'abus un peu descouvrant,
> Des gens sçavants l honneur ne touche :
> Ainsi l'entends en le lisant.
> Qui sera morveux, si se mouche.

Mais laissons ces misérables questions de personnes pour ne nous occuper que des points en discussion. Où M. Sorel voit le triomphe des idées qu'il soutient, je vois surtout leur ensevelissement. Qu'a défendu, en effet, envers et contre tous, M. Sorel ? Le privat-docentisme. Or, ce système n'est plus soutenu aujourd'hui que par quelques égarés qui, du reste, ont eu l'extrême prudence d'édulcorer à ce point leur projet primitif qu'on ne le reconnaît plus. Presque tous les auteurs que citent M. Sorel à son avantage, c'est-à-dire MM. Gross, Frœlich et Michel, Paul Carnot, Bernheim lui-même, sont nettement défavorables au privat-docentisme ; nous pourrions y adjoindre M. Huchard, le père des praticiens, quantité d'autres désabusés de la ville et de la campagne, et jusqu'à la presque totalité de la jeunesse médicale de nos universités, qui a fait connaître récemment son opinion dans toute la presse. Il me semble donc que, sur le privat-docentisme, système si cher à M. Sorel, la défaite est complète : par conséquent, la victoire est à nous qui avons combattu dès la première heure un procédé de recrutement aussi peu démocratique.

Voyons maintenant la question du concours. Nous avons toujours défendu avec Pachon, Bégouin, Mongour, Bénech, Verger — pour ne citer que les agrégés bordelais — le système du concours comme *base* du recrutement ; mais nous n'avons jamais prétendu que la façon dont il était appliqué actuellement était la bonne : elle est, au contraire, des plus détestable. Le professeur Bernheim, mon ami Paul Carnot, M. Sorel et bien d'autres voudraient que le recrutement dans les facultés de médecine et aussi de droit (peut-on ajouter) fût assuré comme dans les facultés des lettres et des sciences, c'est-à-dire *sans concours*. Ils font valoir cet argument, absolument juste, que le concours pour l'enseignement supérieur est déprimant, stérilisant, inutile, néfaste même ; mais, personnellement aussi, je suis de cet avis. Seulement, je réponds, en me servant de la même argumentation, que le système qui veut le *sans concours* comme recrutement de l'enseignement supérieur, sous-entend le *concours* comme échelon préparatoire.

Ce qui précisément fait la grande valeur de l'enseignement supérieur dans les facultés des sciences et des lettres, c'est que l'immense majorité des maîtres de cet enseignement a passé par le moule du concours. La plupart, en effet, ont été, au préalable, professeurs dans l'enseignement secondaire, et, par conséquent, ont presque tous subi les épreuves de l'agrégation pour les lettres, l'histoire, la géographie, les mathématiques, la géométrie, la philosophie, les langues vivantes, etc., etc... Ici, le concours est bien à la *base* du recrutement. Si l'on veut donc assimiler la médecine avec les sciences et les lettres, on doit conserver le concours : c'est la logique même.

Mais surgit alors une difficulté. En médecine, comme en droit du reste, l'enseignement secondaire n'existe pas : il est, d'emblée, supérieur. C'est ce qui a amené le législateur à mettre ce fameux concours au début de la carrière du jeune professeur de la faculté de médecine ou de la faculté de droit, et c'est ce qu'il y a de très fâcheux. Le deuxième projet Bouchard avait justement pour but et pour effet de faire cesser ce regrettable état de choses : il obligeait les futurs maîtres de l'enseignement médical à passer un concours *avant* 25 *ans*, et les mettait ainsi dans des conditions exactement comparables à ceux de leurs collègues des facultés des lettres et des sciences, puisque pour être appelés à enseigner comme professeurs des facultés de médecine, ils étaient désormais *libres de tout concours* purement *livresque* (1).

(1) *Le Progrès médical*, 20 août 1910, p. 464.

(1) Le deuxième concours dudit projet ou concours d'admission, était surtout une formalité, puisqu'il était basé essentiellement sur la valeur des t tres. Je crois, pour cette raison, qu'il n'aurait pas résisté à l'épreuve du temps et n'aurait pas tardé à être supprimé, au moins sous cette forme. Dès lors, la concordance de nomination entre les maîtres de la faculté de médecine et ceux des facultés des sciences et des lettres auraient été complètes.

Pourquoi messieurs les praticiens ayant à leur tête M. Sorel et quelques autres, ont-ils énergiquement repoussé ce qu'au nom de leur argumentation même — je viens de le prouver — ils devaient accepter avec enthousiasme ? Cela, je ne le comprendrai jamais ; et d'autant moins, qu'à y regarder de près, je ne vois pas de projet qui ait été plus révolutionnaire — mettons évolutionnaire — que celui-là ; démocratique au premier chef, il ouvrait la porte de la Faculté de médecine à tout le monde, sapant d'une main solide et sûre tout ce qu'avait de vétuste et de vermoulu la vieille citadelle officielle : grâce à lui, les praticiens seraient entrés chez nous par leur seul mérite, c'est-à-dire quand ils l'auraient voulu ; ils auraient rénové l'enseignement, porté sans doute, avec leur jeunesse et leur ardeur, de nouvelles et fertiles méthodes.

Ils n'ont pas prévu que leur agitation brouillonne allait provoquer un retour en arrière au lieu d'accélérer la marche en avant ; ils n'ont pas vu qu'ils faisaient le jeu des traditionnalistes et de leurs pupilles proches, prêts à leur succéder ; il n'ont pas compris que par leur geste incoordonné, ils avaient, pour longtemps peut-être, compromis l'avenir. Ils ont préféré passer leur temps à discuter sur la valeur d'un titre qui ne vaut, c'est M. Sorel lui-même qui nous l'avoue aujourd'hui, que par la valeur de celui qui le porte. Alors, pourquoi tout ce tapage, ce tumulte ?

M. Sorel ne peut pas empêcher qu'avant qu'on ne soit homme on ne soit nourrisson, qu'on soit élève avant d'être maître, capitaine avant d'être général. Lui, qui connaît si bien l'Allemagne et la cite en exemple à tout propos, pourrait s'inspirer un peu plus de son ordre et de sa discipline pour conduire au combat ses troupes débandées.

Le maître Bouchard voulait une hiérarchie où chacun eût sa place et apprît graduellement son métier, en commençant par être simple soldat : c'était la sagesse même. Les praticiens, eux, auraient voulu tous être nommés maréchaux du premier coup. Le résultat est que Bouchard est tombé avec sa réforme, que les praticiens sont en complète déroute, et que la forteresse demeure, orgueilleuse et intacte, à peine rougie du sang anémique de quelques pommes d'amour. Si j'étais femme, j'en pleurerais de rage, ou singe, j'en rirais. Etant simplement homme, je me borne à espérer que ces événements serviront de leçon à ceux qui, du haut d'une autorité qu'ils se sont à eux-mêmes donnée, gourmandent et censurent, à perte d'haleine et de plume, les pauvres diables qui, au milieu de la confusion, essayent encore de défendre avec tout leur cœur et de tout leur courage la gloire un peu ternie de la science médicale française. René CRUCHET.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Douleurs appendiculaires et rénales ;

Par M. le Dr Anselme SCHWARTZ.

Lorsque l'appendicite aiguë s'accompagne de lésions inflammatoires de voisinage, de *péritonite circonscrite*, lorsque, en d'autres termes, il existe dans la fosse iliaque un *foyer inflammatoire*, avec défense de la paroi, le diagnostic n'est guère douteux et ce n'est pas, en tout cas, dans ces formes d'apppendicite que se voient les erreurs.

Au contraire, lorsqu'il n'existe pas de foyer inflammatoire autour de l'appendice, qu'on appelle cette crise « colique appendiculaire » ou « appendicite sans péritonite circonscrite », qu'il s'agisse d'un épisode aigu douloureux de l'appendicite chronique ou d'une appendicite aiguë grave, sans lésions locales, les erreurs deviennent possibles et je ne veux insister, dans cet exposé pratique, que sur la trop facile et trop fréquente confusion entre les *douleurs appendiculaires* et les *douleurs rénales*.

Le 15 août 1909, je suis appelé auprès d'un enfant âgé de 7 ans qui avait eu, dans la nuit précédente, une *crise douloureuse* des plus violentes, avec retentissement remarquable sur l'état général : pouls incomptable et refroidissement des extrémités, vomissements.

Le malade s'était plaint un peu depuis huit jours et était à une diète sévère.

Dans la journée du lendemain, une *hématurie* vient s'ajouter à ce tableau déjà si dramatique.

Les médecins présents ne trouvent qu'un seul point douloureux, au *toucher rectal*, très net celui-ci, et posent le diagnostic de : *Appendicite grave, à forme toxique*, nécessitant une intervention immédiate.

A mon arrivée, je trouve un enfant amaigri, aux extrémités froides, avec un pouls *lent*, mais incomptable par suite de sa faiblesse.

La température est de 37° et n'a jamais été plus élevée.

Je constate également, par le *toucher rectal* et à bout de doigt, une douleur très vive.

Tout en acceptant le diagnostic posé, je refuse momentanément toute espèce d'intervention que l'enfant n'aurait certes pas supportée et je pratique séance tenante une injection de sérum de 500 cc.

Tandis que le sérum pénètre sous la peau, à vue d'œil, l'enfant se remonte, les extrémités se réchauffent, la réaction est telle que la température monte peu à peu à 39°. Le pouls devient rapide et très bien frappé.

Je refais avec grand soin l'*examen physique* du petit malade et je constate alors les faits suivants, d'une importance capitale :

L'abdomen est souple, absolument et partout insensible. Seule la pression profonde au niveau du flanc droit est sensible et je trouve là, à l'exploration bimanuelle, une masse assez grosse qui me paraît bien être le rein.

J'interroge la famille sur les caractères de la crise douloureuse : l'on me dit nettement que les douleurs s'irradiaient vers le scrotum, qui était rétracté, comme disparu.

Je refais le toucher rectal et je constate que la douleur est latérale et répond évidemment à l'uretère.

Je porte le diagnostic de *colique néphrétique* avec hématurie et le lendemain l'enfant rend dans les urines un petit gravier que l'examen chimique montre constitué par de l'acide urique et des urates.

L'enfant est mis au lait, il se relève très rapidement de cette crise et actuellement il se porte fort bien.

Voilà donc une histoire des plus instructives, concernant une colique néphrétique violente prise pour une appendicite grave et où l'erreur a failli provoquer une intervention que très certainement le petit malade n'aurait pas supportée.

Voici un autre fait du même genre et non moins instructif.

Le 30 janvier 1910, je suis appelé auprès d'un enfant qui présentait des phénomènes d'entérite depuis fort longtemps et qui venait de ressentir une douleur assez violente dans la *fosse iliaque droite.*

Le médecin traitant, trouvant un point douloureux au Mac Burney, conclut à une appendicite. A mon arrivée,

le lendemain, je ne trouve plus trace de ce point douloureux. Je ne trouve d'ailleurs *nulle part* de zone sensible, pas même au *toucher rectal*, que je pratique toujours et par principe.

Je ne pus donc que recevoir les renseignements fournis par le médecin. Etant donnés, d'une part, les antécédents d'entérite, d'autre part la précision avec laquelle mon confrère me marquait le point de Mac Burney, je mets l'enfant en observation et au régime.

Quelques jours après, les urines contiennent du *pus*, le rein droit est trouvé gros et douloureux ; au *toucher rectal* l'uretère est sensible et l'examen bactériologique des urines purulentes montre du staphylocoque.

Il s'agissait, en somme, d'une *pyélonéphrite* droite dont le début avait été pris pour une appendicite.

De cette erreur je pourrais multiplier les exemples et tout le monde en a vu de semblables.

Mais, de ces faits, découlent des enseignements pratiques qu'il faut mettre à profit. Lorsqu'on est appelé à examiner un malade pour une douleur dans la fosse iliaque droite, tout en pensant à l'appendice, qui est bien souvent le coupable, *il ne faut jamais*, à moins que le diagnostic ne saute aux yeux par l'existence d'un foyer inflammatoire nettement palpable, il ne faut jamais, dis-je, affirmer son diagnostic avant d'avoir exploré minutieusement la *région rénale*, avant d'avoir exercé des pressions de haut en bas sur *le trajet de l'uretère*, avant d'avoir pratiqué le *toucher rectal* qui permet de prendre contact avec la terminaison de cet uretère, au point où il pénètre et chemine dans la paroi vésicale, point qui est si fréquemment douloureux dans les affections rénales.

Donc faites d'abord la manœuvre classique qui consiste à explorer le rein. La main gauche étant placée *horizontalement* dans l'*échancrure iléo-costale*, la main droite est appliquée verticalement sur le flanc, les doigts s'enfonçant légèrement sous les fausses côtes. Dites au malade de respirer largement, profondément, mais lentement, et tandis que le diaphragme s'abaisse, essayez de saisir le rein entre les deux mains. Parfois, alors que déjà vous pensiez à l'appendicite, vous trouvez un rein abaissé, mobile, gros, douloureux.

Explorez l'*uretère sur son trajet*. Cherchez surtout le point *urétéral* supérieur, le point *para-ombilical* de Bazy, précisez-le et si vous le trouvez, constatez qu'il est bien *au-dessus* et bien *en dedans* du point de Mac Burney.

Faites enfin le *toucher rectal*. Pénétrez avec le doigt très haut. C'est à bout de doigt que vous sentirez parfois le point *urétral inférieur*, à bout de doigt et un peu latéralement.

Lorsque toutes ces explorations ont été faites consciencieusement et sans résultat, il est permis d'éliminer les *douleurs d'origine rénale* du groupe très nombreux des affections qui peuvent simuler une appendicite.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

De l'anesthésie générale associée à la réduction du champ opératoire (*méthode de Klapp*).

Rudolf Klapp (1), élève de Bier, frappé de la facilité de l'anesthésie chez les individus anémiés et exsangues, essaya d'exclure de la circulation une partie de la masse sanguine en plaçant une ligature artificielle sur les membres, idée que Corning avait déjà eue en 1887.

Il n'est pas nécessaire de lier les quatre membres ; une bande élastique de Esmarch ou mieux de Martin fixée sur les cuisses est suffisante.

(1) R. Klapp. — *Therapeut. Monatsch.*, janv. 1910.

Des expériences de Tiegner sur le lapin, de Klapp, de Zur Westh, d'Hœrmann (1) chez l'homme, il résulte :

La consommation d'anesthésique est notablement diminuée (de moitié pour le chloroforme, d'un tiers seulement pour l'éther). Pour de courtes interventions, 20 cent. d'éther versés dans le masque de Julliard suffisent Une grande opération abdominale durant environ une heure nécessite en moyenne 15 gr. de chloroforme. Si on commence la narcose par le chloroforme, 55 grammes d'éther suffisent à prolonger l'anesthésie pendant une heure, on pourrait même entretenir la narcose en versant l'éther goutte à goutte.

Le réveil est plus rapide qu'avec la méthode ordinaire. Dès qu'on enlève les liens constricteurs. le sang des membres inférieurs chargé d'acide carbonique rentre dans la circulation générale et vient exciter le centre respiratoire. La moitié des malades (50) s'est réveillée 5 minutes après l'ablation des liens ; les autres 10 à 20 minutes plus tard ; 40 seulement donnèrent une demi-heure ou plus. Les malades témoins ne se réveillèrent en moyenne qu'une demi-heure après la fin de l'anesthésie,

S'il existe des complications dans la narcose, au moment de l'opération, il suffit d'enlever les ligatures pour désintoxiquer rapidement le sang. C'est ainsi qu'au cours d'une opération de Wertheim, Hœrmann a vu un arrêt brusque de la respiration après 50 minutes de narcose ; on délia aussitôt les membres inférieurs et la respiration se rétablit immédiatement.

Jamais Hœrmann n'a appliqué la bande plus d'une heure trois quarts, mais jamais il n'a noté ni thrombus, ni lésion nerveuse. Une fois seulement, chez une femme très variqueuse, il a observé une inflammation assez vive d'un paquet variqueux au niveau du genou. Chez quelques malades, il a noté certains troubles sensitifs fugaces et bénins ; douleurs, fourmillements, qui peuvent durer 24 heures.

D'autres auteurs sont moins enthousiastes de la méthode.

Donati (2), dans 71 cas minutieusement étudiés, n'a noté aucune différence de réaction à l'anesthésie avec ou sans réduction de la circulation. Les réactions individuelles persistaient suivant le sujet. La dose de chloroforme, loin d'être inférieure dans la circulation réduite est un peu plus élevée que dans l'anesthésie ordinaire. Par des mesures très précises. Donati a noté une moyenne de 22 c.c. 1 par demi heure dans l'anesthésie avec circulation réduite, et seulement 19 cm. 6 dans l'anesthésie ordinaire. Une fois la bande enlevée, le membre prend progressivement une teinte rouge violette, sans œdème ; la teinte normale reparaît 30 à 40 secondes après l'enlèvement des ligatures. Les dangers et les alertes ne sont ni diminués, ni augmentés. Sur 71 cas, Donati eut une alerte initiale avec arrêt respiratoire, puis cardiaque : on fit le traitement habituel et on enleva les liens constricteurs. rien ne fut changé pendant une minute ; puis la cyanose pâlit et le pouls et la respiration se rétablirent. Par contre il est établi manifestement que le réveil est beaucoup plus prompt avec la méthode de Klapp, quelquefois il est instantané , les vomissements post-chloroformiques sont rares ou absents.

Mais cette méthode présente un grand inconvénient, c'est l'apparition des thromboses des veines de la cuisse qui semblent imputables à la constriction.

Sur 71 malades, Donati en a observé 3 cas chez des malades âgés de 40 à 50 ans, et qui ont d'ailleurs complètement guéri. De même Græfenberg (3) sur 75 laparotomies, a observé 6 thromboses.

Aussi cet auteur a-t-il renoncé à la méthode de Klapp et emploie-t-il maintenant l'éther comme anesthésique général, précédé d'injection de scopolamine (0,006) et de morphine (0,01).

Burnier.

(1) Hœrmann. — *Munich med. Woch.*, 19 oct. 1909.
(2) Donati. — *La Riforma medica*, 14 mars 1910.
(3) Græfenberg. — *Deutsche med. Woch.*, n° 5, 1910.

XXe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

(*Fin*) (1)

La question sur l'*alcoolisme* et la *criminalité*, question dont MM. LEY et René CHARPENTIER étaient les rapporteurs, a soulevé une intéressante discussion à la suite de laquelle M. BINET-SANGLÉ (de Paris), délégué officiel du Ministère de la guerre a fait la communication importante suivante :

L'alcoolisme, qui est l'un des principaux facteurs de la folie, est aussi l'un des principaux facteurs de la criminalité.

D'autre part, les statistiques démontrent que les maladies mentales sont d'une extrême fréquence chez les délinquants et les criminels.

C'est dire qu'il existe une parenté étroite entre la folie, le délit et le crime. On est même en droit de penser que les crimes et la plupart des délits ne sont que la manifestation d'une anomalie mentale.

En conséquence, je propose au Congrès d'émettre le vœu suivant :

« Le XXe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française émet le vœu que les nations civilisées substituent aux régimes pénitentiaires actuels, qui tendent plus à punir le coupable qu'à préserver l'innocent, un régime qui s'assigne uniquement pour but :

« 1° De mettre le délinquant ou le criminel dans l'impossibilité de nuire ;

« 2° De proportionner la durée de sa peine à la durée de sa nocivité et, s'il est curable, de le soumettre, dans des établissements apropriés, à un traitement en rapport avec la nature de son crime ou de sa délinquance.

« Le Congrès émet également le vœu que toute faculté de droit soit pourvue d'une chaire de criminologie et de pathologie mentale. »

Ce vœu présenté par M. BINET-SANGLÉ a été adopté par le Congrès.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

(*Suite*) (2)

TROISIÈME QUESTION

De la responsabilité criminelle.

I. — La responsabilité atténuée existe-t-elle en matière médico-légale ou existe-t-il des criminels dont la responsabilité est atténuée légalement ?

M. *de Boeck* (Bruxelles), rapporteur. — Le mot responsabilité est un cliché qui fait comprendre notre appréciation relativement à l'intégrité psychique ou à l'insanité de l'individu. Il y a évidemment, non seulement des malades psychiques, mais des demi-malades de cette catégorie, dont la situation correspond à une demi-invalidité cérébrale, que nous traduisons par l'expression de « responsabilité *atténuée* ». Il y a encore des degrés dans cette invalidité psychique, et nous les signalons par *le degré de l'atténuation* de la responsabilité. En agissant ainsi nous nous conformons aux principes du code et nous faisons de la médecine légale pratique.

A la règle que je viens d'exposer, il y a une exception ; elle est relative aux cas d'intoxication. Nous ne devons pas, notamment pour l'alcoolisme, déclarer les individus irresponsables parce que le point de départ de cette intoxication est volontaire. Du moment que l'individu se grise volontairement, il doit être responsable des conséquences de cet acte volontaire.

La chose n'est point sans difficulté, car il y a ivresse et ivresse. Il y a des individus qui réagissent à l'alcool d'une façon inattendue, surtout la première fois qu'ils se grisent. La question doit donc être examinée de très près, et l'on sait que l'alcool, même à dose minime, peut être la monnaie d'appoint qui fait déclancher l'épilepsie.

En tout cas, j'estime que, comme médecins légistes, nous avons à envisager la responsabilité dans tous ses degrés : complète, atténuée, nulle.

II. — La responsabilité et la responsabilité atténuée selon le code pénal

M. *Lebrun* (Bruxelles). rapporteur. — Bien que le Code pénal, en dehors de l état de démence, n'admette pas, au point de vue médico-légal, l'absence d'infraction, les magistrats ne demandent plus à l'expert si l'individu était dément au moment du fait ; ils posent la question de responsabilité et bien souvent du degré de cette responsabilité.

Un criminel est déclaré irresponsable. Il ne peut être condamné. Sauf de rares exceptions, sa collocation s'impose. Mais quelle est la valeur de cette mesure au point de vue social ? La société est-elle, dès lors, à l'abri d'un être reconnu dangereux ?

1° Nul doute, s'il s'agit d'une affection mentale curable, ce qui constitue l'exception. Illusion, dans les cas, et ce sont les plus frequents, où le crime a été commis sous l'influence d'une psychose, qui est venue se greffer sur un état de dégénérescence. L'individu colloqué est soustrait surtout à son milieu, aux influences sociales, mais il reste un dégénéré, un prédisposé ; après un certain temps de séjour à l'asile, on ne relèvera plus chez lui aucun symptôme d'aliénation mentale ; on le met en liberté.

Qui nous dit que demain il ne commettra pas un nouveau crime, dont il sera de nouveau déclaré irresponsable ? Voilà pour la collocation.

Si le délinquant n'est pas colloqué, le danger social persiste ; rien ne démontre que ce délinquant ne commettra pas un nouveau crime quelques mois plus tard. Croyant à l'impunité, il ira même parfois se constituer prisonnier, déclarant qu'il a déjà été reconnu irresponsable.

2° S'agit-il d'une responsabilité mitigée ? Ici, les conséquences, si elles sont conformes à la logique scientifique, sont des plus dangereuses au point de vue social. Une hystérique commet des vols, sa responsabilité est déclarée fortement atténuée. On ne la condamne qu'à une peine très minime. Elle sort de prison et recommence bientôt ses exploits. Elle sait qu'elle ne sera détenue que très peu de temps. Elle le dit. La prison ne lui fait point peur.

Ce n'est pas dans une prison, ne cesse-t-on de répéter, mais dans un asile qu'il faut enfermer ces demi-aliénés. Comprenant que ce sont des êtres nuisibles, dangereux, on n'hésiterait plus à ordonner leur internement de longue durée dans ces asiles.

C'est là de la sentimentalité. Que l'on demande au criminel, qui a passé déjà et par l'asile et par la prison, quelle est la détention qu'il préfère ! La réponse ne sera pas douteuse. A moins d'être dément au sens médical, non au sens du code pénal, c'est-à-dire d'être privé de toute conscience, le séjour au milieu d'aliénés de toute catégorie est une situation des plus pénibles, même pour l'individu de la classe la moins élevée. Et puis, les soins donnés aux malheureux colloqués peuvent-ils être comparés à ceux donnés dans les prisons. Je me rappelle avoir été examiner, il y a peu de temps, dans un asile, un étudiant qui avait tué un de ses amis dans un accès d'aliénation mentale ; il était entièrement redevenu conscient ; un état d'excitation, d'irritabilité encore pathologique s'opposait seul à sa mise en liberté.

C'est couvert de honteuses défroques qu'il m'a été amené : vêtements quelconques ; non assortis, à la taille, rapiécés en différents endroits par des tissus de différente nature, d'une propreté suspecte, en tout cas fortement maculés de taches de malpropreté qu'un nettoyage n'avait probablement pu faire disparaître.

En prison, il aurait été vêtu de l'uniforme des prisonniers, costume au moins propre, ne présentant pas l'aspect d'oripeaux de carnaval. La nourriture ? Elle n'est pas riche, pas variée en prison, mais de combien l'emporte-t-elle sur celle des asiles, au dire de certains détenus qui ont fait des séjours dans les deux espèces d'établissements.

La liberté ? En prison : liberté dans sa cellule, liberté dans le préau, pas d'entraves. A l'asile : à la moindre tentative d'évasion, à la moindre rébellion, l'aliéné doux, inoffensif, est classé dangereux. C'est dans la « cave » qu'on le met, pour me servir

(1) Voir les numéros 33, 34, 35.
(2) Voir les deux derniers numéros.

de l'expression employée à l'asile de Tournai, heureux si, pour rendre toute rébellion impossible et afin de pouvoir restreindre le nombre des gardiens, il n'est pas mis aux fers, aux mains et aux pieds, car si Pinel a fait tomber un jour ces entraves, certains asiles les ont rétablies. C'est criminel, c'est féroce, c'est inhumain, mais c'est si facile, si commode, pour assurer la tranquillité de tout un quartier d'aliénés (1).

Ne parlons donc plus d'inhumanité à envoyer faire de longs mois ou de nombreuses années dans une de nos prisons le criminel dont la responsabilité est diminuée par suite d'une tare héréditaire et personnelle.

Une seule chose choque dans un jugement qui frapperait du maximum de la peine ce demi-fou, ce candidat à la folie : le mot « punir ». Mais n'est-ce pas là un terme qui devrait disparaître du code pénal ? Que l'on renferme un individu afin d'assurer la sécurité publique, mais non pour le punir.

Punir ? Mais en avons-nous le droit ? Y a-t-il des êtres entièrement responsables d'un crime ? Quel est le criminel chez qui l'on ne pourra découvrir, soit une tare morale, soit une tare sociale, soit une tare physiologique ? Avec beaucoup de criminalistes contemporains, nous dirons que la Société n'a pas le droit de punir, mais uniquement le droit de se défendre ; avec Grasset, que la peine doit devenir un moyen de protection en mettant le coupable hors d'état de nuire dorénavant, ou au moins pour un temps, et en agissant par l'exemple sur le coupable ou ceux qui seraient tentés de l'imiter. Il faut, comme le dit Simons, supprimer la notion de peine, qui implique châtiment, et y substituer celle de l'élimination du délinquant, élimination temporaire ou définitive, selon la gravité du danger social qu'entraîne l'acte délictueux.

Autre question. Des prévenus, après avoir été soumis à de nombreux interrogatoires, à de nombreuses confrontations, après avoir subi une longue détention, comparaissent, soit devant un tribunal, soit devant une cour d'assises. Des renseignements tardifs, leurs actes même les rendent suspects au point de vue de l'intégrité des facultés mentales. Le tribunal, la Cour ordonnent leur examen mental ; leur détention se prolonge d'autant plus, et, bien des fois, il a été établi que c'étaient des irresponsables, que l'on avait maintenu aussi longtemps en prévention, sous les verrous d'une prison ! Ces cas sont fréquents ; ils devraient être exceptionnels.

Le remède à une telle situation est des plus élémentaires : *Tout prévenu doit être soumis à un examen mental sommaire.* Si un mandat d'arrêt n'est pas décerné contre lui, cet examen sera pratiqué par un des médecins aliénistes spécialement désignés à cet effet. Si le délinquant est détenu, c'est au médecin de la prison que revient la mission. Un rapport sommaire sur chaque cas devra être déposé au Parquet au plus tard dans la huitaine.

Actuellement, m'objectera-t-on, beaucoup de médecins des maisons d'arrêt ne seraient pas en état de remplir une telle mission ; mais qui empêche d'exiger, dans l'avenir, que tout médecin, qui sollicite l'emploi de médecin de prison, doit avoir fait un stage de deux ans dans une clinique psychiatrique.

En outre, pour rendre plus efficace la mesure que je préconise, il y a lieu de la compléter par l'envoi aux autorités de la localité habitée par le prévenu d'une feuille de renseignements sur les antécédents personnels et héréditaires de celui-ci. Cette feuille serait renvoyée dans les trois jours et communiquée immédiatement au médecin chargé de l'expertise sommaire pour être jointe à son rapport.

Le juge d'instruction aurait ainsi un élément d'appréciation au sujet de l'état des facultés intellectuelles de l'individu qui comparaît devant lui ; en cas de doute, il pourrait immédiatement charger ses experts habituels de rechercher si le prévenu est ou non dément au point de vue du Code pénal.

Il est nécessaire, je le répète, de procéder à un examen psychique, tout au moins sommaire, de tout prévenu dès le début de l'instruction, et il y aurait lieu en cas d'aliénation mentale confirmée d'exiger toujours la collocation dans un asile, de n'autoriser la mise en liberté qu'avec l'assentiment du Parquet qui a requis cette collocation.

Mais presque tous les délinquants, tous les criminels, sont frappés d'une tare névropathique, souvent héréditaire. L'examen psychique constatant leur responsabilité atténuée, et entraînant par suite une diminution de peines, aurait pour résultat d'augmenter le nombre des récidivistes, si l'on ne modifiait le régime actuel trop doux des prisons. Qu'on réserve les prisons telles qu'on les comprend de nos jours aux malheureux dont les fautes sont en quelque sorte excusables, et qui, leur peine purgée, se garderont bien de se retrouver plus tard aux prises avec les rigueurs de la justice.

Mais qu'on se montre rigoureux envers les récidivistes, qu'on les fasse coucher sur la dure, que plusieurs jours chaque semaine on les mette au régime du pain et de l'eau. Par de tels moyens, peut-être parviendra-t-on à inspirer une certaine terreur de la prison à des êtres anti-sociaux. Si, au contraire, on renonce à l'idée de punir, qu'on les soumette au régime des prisons, mais qu'on les mette hors de la société pendant de nombreuses années, sinon pendant leur existence entière, aussi longtemps qu'ils n'auront pas donné la preuve d'un amendement sérieux.

Comme conclusions de cette étude il est nécessaire de :

1° Supprimer du Code pénal le mot *punir*. On ne peut avoir en vue que la sauvegarde de la société.

2° Procéder à un examen sommaire de tout délinquant et de tout criminel au début de l'instruction ouverte à sa charge.

3° Colloquer dans un asile, à la disposition de l'autorité judiciaire, tout individu reconnu aliéné.

4° Maintenir en détention pendant longtemps, sinon toute la vie, les criminels qui, à cause de certaines défectuosités mentales, sont prédisposés à être anti-sociaux, et principalement les récidivistes.

5° Modifier le régime pénitentiaire pour les récidivistes en le rendant plus sévère, si les articles 1° et 4° ne sont pas admis.

III. — Responsabilité atténuée. Lois faites dans les différents pays ; lois à faire concernant les aliénés ordinaires et la responsabilité atténuée.

M. *Mathé* (Paris), rapporteur. — Au point de vue médical, la responsabilité atténuée correspond à un état de déchéance psychique intermédiaire entre l'état sain (responsabilité) et l'état de déchéance totale (irresponsabilité).

Tous les actes de l'homme sont sous la dépendance de son système nerveux, soit d'une façon directe, soit d'une façon indirecte par voie réflexe. Le système nerveux peut être altéré partiellement, incomplètement.

Dans la pratique quotidienne nous rencontrons des gens bien portants, des malades graves et de ces demi-malades jamais assez souffrants pour prendre le lit et cependant ne connaissant pas le bonheur inappréciable de la santé, de ces gens que le vulgaire appelle « les délicats », « les débiles ». Ainsi cérébralement, il y a des sujets que leur état psychique oblige à considérer comme irresponsables et d'autres qui présentent des troubles empêchant d'en faire des responsables, mais ne suffisant pas pour permettre de les considérer comme irresponsables.

D'ailleurs, pourquoi n'admettrait-on pas au pénal ce qui est reçu au civil ? Le Code civil reconnaît des irresponsables pour lesquels il prononce l'interdiction et d'autres qui, sans être absolument irresponsables, ne présentent cependant pas toutes les garanties nécessaires pour qu'on leur laisse la libre possession de tous leurs droits ; pour ceux-là on a prévu le conseil judiciaire.

En somme, la responsabilité atténuée est une altération de la santé cérébrale, c'est l'état d'un individu qui présente un affaiblissement, une diminution de l'intégrité de ses fonctions psychiques. Celui dont la responsabilité est atténuée est un débile psychique.

***

Les principales causes des tendances mauvaises qui jettent l'homme hors du droit chemin, sont l'hérédité, l'éducation, le milieu.

Hérédité. — A vrai dire le criminel-né n'existe pas davantage que le tuberculeux-né. Ce qu'on observe, c'est dès la naissance une impressionnabilité, une vibration plus vive du système nerveux. Placé dans des conditions de milieu favorables, cet être pourra fort bien grandir et se développer dans le sens d'un

(1) Sous la direction actuelle, les entraves ne seraient plus employées à l'asile des aliénés de l'État, à Tournai.

brave homme, nerveux, sensible, excitable certainement, mais néanmoins susceptible de se dominer, de se ressaisir, parce que le sentiment du devoir que l'on aura développé en lui aura établi un rempart solide contre les débordements de son tempérament impétueux.

Education et milieu.— Quant à l'éducation, c'est elle qui forme le cerveau inconscient du sujet, plus tard seulement vient l'éducation consciente. Pour que l'enfant revête l'écorce d'un homme de bien, il lui faut des parents qui lui donnent eux-mêmes le bon exemple. Nous pensons avec Malgat que la responsabilité atténuée n'est pas seulement fonction d'un cerveau malade, mais aussi d'une éducation vicieuse. Les notions du bien et du mal sont relatives selon l'éducation reçue ; il est difficile à un père alcoolique et à une mère libertine d'inculquer à leurs enfants les principes d'une vie honnête et laborieuse, et, quoiqu'il advienne plus tard de l'enfant, il lui restera toujours dans l'esprit le tableau des scènes de cet intérieur, les premières qui auront frappé son esprit et fait une impression d'autant plus profonde que cette empreinte se gravait sur un cerveau neuf et plus sensible du fait peut-être de l'hérédité que peut présenter un produit d'alcoolique.

Images.— A cette influence du milieu familial,il faut joindre celle de l'ambiance,ce que l'enfant entend et voit autour de lui, hors de chez lui. Je ne veux citer ici que l'influence néfaste des images qui s'étalent sur les murs ou dans les journaux, représentant des scènes de crimes ou des drames plus ou moins épouvantables. Le cerveau fragile et inconscient de l'enfant est d'abord ébranlé à la vue de ces tableaux dont la répétition peut bientôt arriver à lui en imposer pour la réalité, et lorsqu'il atteint l'âge de raison, son esprit est faussé et il considère comme banalité un crime, à moins qu'une forte et solide éducation ne redresse sa mentalité faussée. Bien heureux si l'esprit d'imitation ne l'a pas inconsciemment poussé dans un moment de colère à répéter l'acte de l'image.

Alcool. — Parmi les autres causes que l'on retrouve le plus souvent à l'origine des affaiblissements psychiques, parmi les affections qui retentissent sur le psychisme, ce sont les *infections et les intoxications* qui touchent davantage le système nerveux, et particulièrement l'intoxication nationale, l'*alcoolisme*. Aussi les trouvera-t-on souvent, sinon toujours, à l'origine de la responsabilité atténuée. 70 à 75 % des crimes ou délits ont leur origine dans l'alcool, selon Legrain. Et le juge Berlet s'accorde à dire avec Hayem que la question de l'alcool est intimement liée à celle de la responsabilité atténuée. Peut-être obtiendrait-on des résultats meilleurs et moins onéreux si au lieu de traiter l'effet on s'efforçait de supprimer la cause, si au lieu de construire des sanatoria et de nouveaux asiles pour les aliénés et les débiles d'esprit, on combattait l'alcoolisme cause de tous ces ravages physiques et intellectuels.

En résumé, quand l'enfant aura été pendant ses premières années dans un milieu mauvais, une des causes majeures qui atténuent la responsabilité peut être invoquée à son bénéfice, et bien souvent l'insuffisance ou la faiblesse psychique auront leur origine dans l'action du milieu sur l'enfant, surtout s'il présente quelque tare héréditaire le rendant plus susceptible aux impressions extérieures et qu'une éducation saine et forte ne soit pas venue faire contre-poids à ces influences néfastes.

***

A la responsabilité atténuée, on a reproché de diminuer les pénalités et de ne pas correspondre à un type clinique défini.

A cela nous répondrons :

1° Ce qui importe le plus à la Justice, ce n'est pas le nom de la maladie dont le sujet est atteint, mais bien l'état de ses neurones psychiques.

2° Les circonstances atténuantes ne sont pas mieux définies ; elles aussi échappent à la balance et à la mesure et, s'il n'y a pas de phrénomètre pour mesurer l'état mental, il n'y a pas davantage d'instrument de précision pour les apprécier. Il nous semble même aussi facile d'indiquer les motifs généraux qui peuvent entraîner les circonstances atténuantes endogènes que susceptibles d'autoriser l'application des circonstances atténuantes exogènes.

Si nous passons en revue les principaux troubles mentaux pour essayer d'établir le degré de l'état psychique dans ces différents cas, on peut dire que toutes les psychoses confirmées entraînent l'irresponsabilité du sujet ; il en est de même de la paralysie générale. Au contraire, la folie simulée ou prétextée entraîne la responsabilité.

Chez un même épileptique, la responsabilité varie suivant qu'il est sous l'influence d'une crise ou dans un état intercalaire. Frappant sous l'influence d'une impulsion irrésistible, inconsciente, il est irresponsable ; frappant volontairement,il peut avoir droit à une atténuation de sa responsabilité raison de l'irritabilité pathologique habituelle dans l'épilepsie. Enfin, coupable d'un vol réfléchi, accompli avec prudence et habileté, il peut être très bien considéré comme responsable.

Les *hystériques*, mal équilibrées, de volonté débile, irritables, émotives, peu capables d'actes réfléchis, souvent atteintes de tares ou de dégénérescence mentale, rentrent dans le cadre de la responsabilité atténuée.

Les *neurasthéniques* sont dans le même cas.

Dans l'*alcoolisme*, il importe de faire des distinctions : le délire alcoolique est un état de démence, la dipsomanie est une impulsion irrésistible ; dans ces deux cas, il y a irresponsabilité. L'ivresse n'est pas une excuse légale et entraîne la responsabilité ; elle est même une circonstance aggravante chez ceux qui cherchent dans l'alcool un excitant pour les entraîner à accomplir leur crime.

L'ivresse pathologique, au contraire, peut faire conclure à l'irresponsabilité ainsi que l'alcoolisme chronique qui produit une déchéance physique, intellectuelle et morale, un affaiblissement des facultés mentales et de la volonté plus ou moins profond.

Les intoxiqués par la morphine, l'éther, la cocaïne sont dans le cas des alcooliques.

Il est évident que les *idiots*, les « imbéciles »,peuvent être irresponsables si leur infirmité est bien caractérisée, tandis qu'ils seront les véritables exemples de la responsabilité atténuée lorsqu'ils présenteront seulement des états de faiblesse intellectuelle plus ou moins prolongée.

La responsabilité atténuée trouvera aussi une de ses principales applications chez les déséquilibrés, les émotifs, les impulsifs, les excentriques.

***

Ainsi donc établie et reconnue la responsabilité atténuée basée sur la valeur psychique de l'individu et proportionnelle à l'état de ses neurones et de ses centres nerveux, comment va agir la justice à l'égard des délinquants à mentalité insuffisante ?

En Russie, la responsabilité atténuée n'est pas admise ; mais l'irresponsabilité est acquise aux états psychiques anormaux, à l'imbécillité native,à la démence sénile.

Le code pénal turc déclare que la démence et la contrainte excluent la responsabilité.

L'irresponsabilité et les circonstances atténuantes sont régies chez les Egyptiens d'après le code français.

En Angleterre, sont irresponsables les faibles d'esprit et ceux qui, par suite de maladies mentales, sont incapables de reconnaître la nature de l'action et de se décider librement. L'ivresse n'est pas cause de justification, mais peut être prise en considération.

Le droit écossais reconnaît les circonstances atténuantes, et y place la faiblesse d'esprit n'atteignant pas le degré où elle exclut l'imputabilité pénale. On peut donc dire que l'Ecosse admet la responsabilité atténuée.

C'est dans ce sens aussi, et en accordant les circonstances atténuantes que l'Autriche fait une concession indirecte à la responsabilité atténuée.

La responsabilité atténuée est niée dans le code espagnol, mais l'ivresse est considérée comme circonstance atténuante.

En Belgique, en Prusse, la responsabilité atténuée n'existe pas. Il y a des établissements spéciaux pour aliénés criminels, où l'on pratique la mise en observation. Dans le cas où l'individu mis en observation est reconnu aliéné,il est transféré dans un asile ordinaire. En Bavière, il est fait un pas léger vers l'atténuation de la responsabilité.

D'après le texte du code portugais, entre les criminels res-

ponsables et les irresponsables, il y a place pour ceux dont la mentalité est insuffisante, qui n'ont pas le degré d'intelligence nécessaire pour avoir une conscience parfaite de la valeur de leurs actes et auxquels on applique les circonstances atténuantes, devenant ici une forme déguisée de la responsabilité atténuée.

Dans l'Amérique du Nord la responsabilité atténuée n'est pas reconnue, mais le jury peut recommander le coupable aux juges qui peuvent alors diminuer la peine.

En Danemark, la responsabilité atténuée est expressément spécifiée dans la loi. En Suède, si la lettre manque, l'esprit s'y trouve.

En Italie, n'est pas punissable l'individu qui, au moment où il a commis le fait incriminé, se trouvait dans un état de faiblesse d'esprit de nature à lui enlever la conscience ou la liberté de ses actes.

En Grèce, parmi les irresponsables figurent, en dehors des déments, des imbéciles, des séniles, ceux qui, en état de trouble *involontaire* des sens et de l'esprit, ne peuvent pas avoir conscience de leurs actes ou de ce que ces actes sont répréhensibles ou non.

Les cantons du Valais, de Neufchâtel, de Tessin, prévoient la responsabilité atténuée.

La France dans son nouveau projet de loi, pendant actuellement au Sénat, ne prononce pas le mot de responsabilité atténuée et ne prévoit aucune législation spéciale applicable aux amoindris mentaux.

Quelle modification a apportée dans la pénalité la reconnaissance de la notion de la responsabilité atténuée.

Partout c'est la diminution de la peine ?

Si telle devait être la conséquence de la reconnaissance légale de la responsabilité atténuée, nous n'hésitons pas à dire qu'il ne pourrait y en avoir de plus néfaste ni de plus irrationnelle.

Elle est mauvaise pour le sujet, elle est, en outre, néfaste et dangereuse pour la Société, qui ne sera nullement garantie contre ces débiles mentaux et impulsifs. Remis plus rapidement en liberté, en proie aux mêmes impulsions, soumis aux mêmes influences, ils feront des récidives, semant autour d'eux l'exemple du crime, et arriveront à être cause, peut-être, que d'autres cerveaux faibles, frappés par l'exemple, verront se développer en eux des impulsions malsaines.

Une fois admise la responsabilité atténuée, nous pensons qu'il faut créer, à côté et en dehors des circonstances atténuantes, un régime spécial pour les délinquants de cette catégorie. Mais il faut maintenir la peine.

Ceux qui relèvent de la responsabilité atténuée comprennent, plus ou moins c'est vrai, mais ils comprennent le gendarme ; ils savent qu'il est à craindre, et cette crainte est utilisable non seulement au point de vue social mais aussi au point de vue thérapeutique, car on pourra, dans le traitement, faire jouer à cette crainte le rôle de tuteur de la volonté.

Si donc nous demandons qu'aux responsables on réserve la prison, aux irresponsables l'asile d'aliénés, et, si possible, un asile spécial d'aliénés criminels, ou un pavillon à part dans un asile ordinaire, nous demandons qu'aux coupables dont la responsabilité est atténuée par insuffisance mentale, par faiblesse mentale, par inadaptation, etc., on applique un régime correspondant à leur état.

***

a) *Commencera-t-on par la peine* (système allemand) ou *par le traitement* (projet suisse) ? — La peine doit avoir un caractère d'utilité, aussi nous paraît-il rationnel de commencer par le traitement. Après lui viendra l'exécution de la peine que nous maintenons absolument, à cause de l'influence éducatrice et préservatrice que nous lui reconnaissons.

Appliquer la peine dès le début n'aurait aucun effet puisque le condamné n'en saurait comprendre toute la valeur ni la raison. Au contraire, une fois sa mentalité redevenue, sinon normale, au moins très proche de la normale, il sera salutaire d'expliquer au criminel l'horreur du crime qu'il a commis, cause de son séjour dans l'asile-prison et de la peine spéciale qui lui a été appliquée.

b) *Comment sera subie la peine* ? — La peine sera subie dans un asile-prison. Pour éviter des dépenses trop élevées, nous pensons que l'on pourrait diviser une prison en trois corps de bâtiments isolés : la prison, l'asile-prison et l'asile de sûreté.

Dans l'*asile-prison*, serait subi un traitement, peine appliquée aux criminels de responsabilité atténuée. Nous l'appelons asile parce que l'interné subira un traitement ; nous l'appelons aussi prison parce que la discipline y revêtira une certaine sévérité.

L'*asile de sûreté* serait destiné à recevoir les criminels de responsabilité atténuée, qui, à leur libération, ne sont pas reconnus susceptibles d'être rendus à la liberté parce qu'ils sont incomplètement guéris et encore dangereux. Dans cet asile, la discipline serait moins rigoureuse et moins stricte ; certaines libertés pourraient être accordées aux détenus, pourvu qu'elles ne soient pas incompatibles avec leur état et le traitement qu'ils ont à subir. Ils auraient une bibliothèque, pourraient écrire, sortir dans un jardin réservé ; ils devraient travailler surtout à des travaux manuels et extérieurs, tels : jardinage, peinture, maçonnerie, etc...

Lorsqu'ils seraient guéris, on pourrait leur donner plus de liberté, jusqu'à les laisser sortir quelques heures, sous une surveillance discrète, mais sérieuse.

S'ils commettaient quelque faute ou quelque infraction au règlement, ils seraient passibles de punition, privation de jardin séjour obligatoire à la chambre un ou plusieurs jours par exemple.

L'action bienfaisante de l'asile de sûreté pourrait être continuée après la sortie du malade par des Sociétés de patronage.

Au cours de l'exécution de la peine, il convient d'envisager plusieurs cas : l'état mental peut s'aggraver ou s'améliorer.

D'après l'examen de l'expertise, l'individu sera, dans le premier cas, envoyé dans un asile ; dans le second, il pourra être maintenu à l'asile-prison ou envoyé à la prison.

Comment conciliera-t-on la peine et le traitement ? — Le projet du code suisse prévoit que l'exécution de la peine est suspendue jusqu'à la guérison et que la durée du traitement compte comme peine. L'idée est excellente, car la société ne remplit pas son devoir lorsqu'elle se contente de diminuer la peine du demi-responsable sans le soigner, tandis qu'elle l'accomplit en soignant son état maladif. En le maintenant dans l'asile de sûreté, elle cherche à le guérir ; elle l'empêche de commettre peut-être un nouveau méfait qui le conduirait encore devant les tribunaux, et elle se protège sans le punir ni lui infliger un séjour dans un endroit de répression. Elle n'outrepasse donc pas ses droits.

Comment s'effectuera la sortie de l'asile-prison ? de l'asile de sûreté ? Tous les trois mois, le directeur de l'asile de prison et de l'asile de sûreté dressera la liste des individus qu'il considère comme guéris et la présentera au procureur du ressort de l'asile ; les raisons militant en faveur de la libération de chaque condamné seront expliquées et motivées dans un rapport spécial pour chacun. Le procureur désignera trois médecins qui, successivement, séparément à des dates différentes, examineront le sujet et déposeront leurs rapports entre les mains du procureur. Le tribunal décidera.

Que convient-il de faire après la libération ? – De même que les criminels dangereux sont astreints à la surveillance de la police ou à la résidence obligatoire dans certaines villes, après leur libération, de même les sujets reconnus de responsabilité atténuée au sortir de l'asile-prison doivent être l'objet de mesures de sûreté et de surveillance. Sur ce point, l'accord est unanime.

Le tribunal qui a prononcé la libération stipulerait que pendant deux ans le libéré serait astreint à une résidence nommément spécifiée et qu'à l'expiration de ce délai il aurait à se rendre sur convocation à l'asile de sûreté où un Conseil de révision médicale l'examinerait et déciderait si la guérison est acquise. A la suite de quoi il rentrerait dans le droit commun.

S'il était reconnu malade, un jugement du président du tribunal le replacerait conditionnellement à l'asile de sûreté sans spécification du temps et l'on agirait envers lui comme il a été dit précédemment.

Si la guérison avait été constatée au cours de la durée du traitement-peine imposé et que le procureur eût ordonné que le temps restant fût fait en prison, à l'expiration de la peine, un nouvel examen médical serait obligatoire et si le criminel était trouvé insuffisamment guéri, un jugement du tribunal le ren-

verrait à l'asile de sûreté. S'il était reconnu guéri, il serait libre et soumis aux mesures de surveillance et de sûreté prévues.

Une fiche portant tous ces détails serait annexée au casier judiciaire dans la partie qui est à la disposition des juges seulement et dont copie n'est jamais remise au public, ce qui correspond à ce que, en France, on connaît sous le nom de casier judiciaire n° 3.

Le séjour imposé au libéré qui, pendant deux ans, n'est qu'un libéré conditionnel, sera choisi dans un certain rayon de l'asile de sûreté et dans le ressort du tribunal et de façon qu'il puisse trouver à travailler pour subvenir à ses besoins. On ne saurait objecter que le fait d'être sous la surveillance administrative l'empêchera de trouver du travail chez les employeurs ; ce qui se passe dans les maisons d'assistance par le travail, dans les pays où elles existent, nous prouve le contraire, et là, il s'agit de criminels ou de délinquants de droit commun non surveillés une fois libérés.

En outre, il est à supposer qu'il se formerait des sociétés, car la fonction crée l organe, comme il s'en est constitué pour les mineurs, auteurs de crimes, ou de délits, ou comme il en existe en Angleterre et en Amérique où fonctionnent les patronages d'aliénés.

***

Comme conclusion nous avons rédigé le projet de loi suivant, basé sur les desiderata exposés au cours de ce travail :

I. — La diminution de l'état psychique est une cause d'atténuation de la responsabilité.

II. — Tout inculpé a le droit de l'invoquer et peut, à cet effet, solliciter soit par lui-même, soit par l'intermédiaire de son avocat, une expertise médicale.

Cette mesure d'instruction ne peut être refusée : elle doit être accordée au prévenu, à sa requête, si elle n'a été d'office ordonnée par le juge.

III. — Lorsque l'expertise médicale aura démontré que l'inculpé présente une diminution de son état psychique, susceptible d'atténuer sa responsabilité sans l'exclure, le juge pourra, en cas d'acquittement, ordonner l'internement du prévenu dans un asile de sûreté, et, en cas de condamnation, prescrire que la peine sera exécutée dans un asile-prison.

Cette mesure sera ordonnée par la Cour d'assises ou le tribunal qui prononceront l'acquittement ou la condamnation et par le même jugement.

IV. — La reconnaissance de la responsabilité atténuée ne saurait constituer une circonstance atténuante du crime. Elle n'a d'effet que sur l'exécution de la peine et non sur sa durée.

Toutefois, les prévenus de cette catégorie ne sont passibles que de peine d'emprisonnement.

V. — Le condamné subira sa peine à l'asile-prison.

Il y sera d'abord interné et soumis à un traitement spécial approprié à son état.

Il accomplira sa peine de prison, une fois sa guérison obtenue.

Le temps de l'internement sera imputé sur la durée de la peine prononcée.

VI. — Toute modification sérieuse dans l'état psychique du condamné sera signalée par le directeur de l'asile-prison au procureur. Celui-ci désignera alors trois médecins-experts à l'effet d'examiner le détenu et statuera sur les conclusions de leur rapport.

Si le condamné est par eux considéré comme guéri, le procureur ordonnera qu'il cesse d'être traité pour commencer à subir sa peine.

Si, au contraire, le condamné est déclaré atteint d'aliénation mentale, le procureur ordonnera son transfert immédiat dans un asile d'aliénés.

VII. — Trois mois avant l'expiration de la peine, le directeur de l'asile prison adressera un rapport au président du tribunal civil du ressort. Celui-ci désignera trois experts qui devront séparément, et à des époques différentes dans le cours des deux derniers mois de la peine, procéder à l'examen du condamné.

Le libérable pourra se faire examiner également par un médecin-expert supplémentaire, choisi par lui, et faire présenter des observations au tribunal par son avocat.

VIII. — Le condamné reconnu complètement guéri sera libéré sous réserve des prescriptions édictées à l'article suivant.

Le condamné, jugé par le tribunal insuffisamment guéri et inapte à reprendre la vie normale, sera envoyé dans un asile de sûreté et maintenu en état d'internement conditionnel.

Il y sera soumis tous les deux ans à un examen médical, dans les conditions prévues à l'article VII.

Il pourra, dans le cours de cet internement conditionnel, soit par lui-même, soit par l'intermédiaire de son avocat, solliciter sa mise en liberté, laquelle ne pourra être prononcée par le tribunal que dans les formes et après les épreuves ci-dessus indiquées pour la libération.

IX. — Le sujet libéré est l'objet d'une surveillance directe et astreint pendant deux ans à la résidence.

Il sera à l'expiration de la première et de la deuxième année convoqué à l'asile et soumis à un examen médical.

S'il est reconnu définitivement guéri, il jouira de sa liberté comme tout autre concitoyen. Sinon, il pourra être soumis à un nouveau séjour à l'asile de sûreté.

X. — L'asile-prison et l'asile de sûreté sont sous la surveillance du procureur, qui est seul compétent pour statuer sur les changements d'état en cours d'exécution de la peine.

Le tribunal civil du ressort de l'asile est, au contraire, seul compétent pour statuer sur la libération à l'expiration de la peine et sur la continuation, la cessation ou la reprise de l'internement conditionnel.

XI. — L'organisation intérieure de l'asile-prison et de l'asile-sûreté sera l'objet d'un décret (royal ou impérial) ou d'un règlement d'administration publique.

Cette loi aurait l'avantage d'être en harmonie avec la science et la justice. La pierre d'achoppement de cette législation sera une considération budgétaire. Mais la société ne doit pas reculer devant des sacrifices nécessaires et d'autant plus recommandables qu'ils doivent lui permettre de transformer des individus inutiles et dangereux en des membres utiles. Il y a là une question d'amélioration individuelle dont le bénéfice profitera à la collectivité. Mais le rôle de la société ne s'arrête pas là. Elle doit tout d'abord empêcher que l'on répande le poison qui annihile les facultés mentales, réglementer la vente de l'alcool et la restreindre le plus possible. L'exemple donné par la Suède et le Danemark est assez éloquent pour qu'on le prenne en considération.

En second lieu, par l'*éducation* des enfants, elle tâchera de développer la volonté en leur apprenant à acquérir la liberté et à être maîtres de leurs penchants.

De cette façon, on diminuera le nombre des déséquilibrés et l'on créera une race forte, qui saura vouloir. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Précis de microbiologie clinique; par F. Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. (Chez Masson. Paris 1910.)

Avec sa 2ᵉ édition, le précis de microbiologie clinique de M. Bezançon est totalement transformé. La première, en effet, constituait un livre élémentaire, traitant surtout de la technique bactériologique.

Le livre actuel, au contraire, outre cette partie indispensable, traite beaucoup plus longuement des réactions biologiques, qui ont pris depuis quelques années une si grande importance, qui ne doit être méconnue ni des étudiants, ni des praticiens ; c'est ainsi qu'on voit décrites les réactions agglutinante, précipitante, réactions de fixation, les opsonines, les notions essentielles sur l'anaphylaxie, question qui passionne actuellement tout le monde scientifique.

De plus, de nouveaux germes reconnus spécifiques réclamaient de plus amples développements. Aussi, M. Bezançon a-t-il mis au point des questions nouvelles comme la méningite cérébro spinale, les dysentéries, la syphilis, la fièvre de Malte, la sporotrichose, etc.

Le succès de cette 2ᵉ édition est appelé certes à dépasser celui de la première. C. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Collections d'ex-voto romains du musée archéologique de Madrid ;

Par le Dr Félix REGNAULT.

Les ex-voto que les fidèles suspendent de nos jours dans les églises sont presque toujours des représentations normales de membres et d'organes. Par exception, Charcot signale un ex-voto représentant un pied bot à l'église des Saintes-Maries en Camargue, et le professeur Richard Andrée note, en Allemagne, une main dont les trois derniers doigts sont fortement fléchis et recourbés et une jambe avec des ulcérations (1).

Dans l'antiquité, les ex-voto représentant des organes malades étaient fréquents. Le travail le plus complet que nous ayons sur ce sujet est celui du docteur Sambon (2).

J'ai pu étudier, grâce à l'obligeance de M. Francisco Alvarez Ossorio, au musée archéologique de Madrid, une riche collection d'ex-voto en terres cuites qui fut trouvée vers 1868 par le marquis de Salamanca à Calvi près de Rome. Elle n'a pas été publiée. L'extrême abondance des pièces fait penser à un magasin d'ex-voto (3) : il y a 435 cochons et sangliers, 226 taureaux et bœufs, 28 chevaux (tous ces animaux sont fortement réduits et tous sont normaux) ; 5 bustes, 940 têtes humaines, 124 demi-têtes coupées au milieu suivant la verticale, 329 masques comprenant la partie supérieure de la figure jusqu'à la bouche, 21 jambes, 516 pieds presque tous nus d'hommes, de femmes, d'enfants, les uns longs et minces, les autres larges et courts, 3 bras, 140 mains, enfin 586 seins, matrices et verges. Il n'y a ni oreilles, ni yeux, ni larynx, ni cœur, ni foie, ni intestins, ni ovaires, ni placenta, ni vulve qui ont été mentionnés dans d'autres collections. Les représentations d'organes humains sont de grandeur normale ; plusieurs sont pathologiques.

Avec ces ex-voto qui presque tous sont grossiers, on a trouvé de nombreuses figurines, petites, d'hommes, de femmes, de nains, d'acteurs, de silènes, de héros, de dieux..., finement exécutées et rappelant le genre Tanagra. Elles offrent toutes à leur partie postérieure un large trou de suspension qui a été ménagé pendant la fabrication. Ce trou existe aussi sur un grand nombre d'ex-voto grossiers, notamment sur les pieds, les matrices, les seins.

Examinons les terres cuites pathologiques.

Un buste offre au milieu de l'épigastre une large ouverture triangulaire qui laisse voir les intestins ; les ex-voto romains représentant un ventre ouvert sont fréquents dans les musées d'Italie.

Les têtes offertes en ex-voto sont, d'après M. Sambon, toujours normales. Cet auteur n'en avait signalé qu'une qui avait peut-être de l'alopécie en aires. Dans la collection de Calvi, deux têtes ont, l'une (n° 4537) un strabisme convergent, l'autre (n° 4481) des pupilles portées en haut et l'œil droit plus ouvert que le gauche. De plus le n° 4941 semble être le portrait d'un enfant mort, car les paupières sont closes et les orbites creuses, et le n° 5001 est le portrait finement exécuté, en demi-grandeur naturelle, d'une femme au visage dissymétrique, qui a la région sous-maxillaire droite gonflée.

Les représentations de membres inférieurs et de pieds pathologiques seraient rares dans les collections des musées d'Italie. M. Sambon signale une terre-cuite d'enfant dont les jambes sont contracturées et atrophiées. Dans la collection du musée de Madrid, les représentations pathologiques de membres inférieurs sont nombreuses : trois jambes (nos 6064, 6169 et 6170) sont gonflées, comme œdématiées avec un pied étroit aux doigts minces et longs. Trois pieds (nos 5688, 6082 et 6110) ont un cou-de-pied gonflé et difforme, le pied lui-même étant normal. Les numéros 6047 (fig. 1) et 5688 (fig. 2) sont des types de pied plat ; l'effondrement de la voûte plantaire contraste avec la cambrure des autres terres-cuites, qui est bien dessinée, et même parfois très accusée.

Sur la plupart des pieds, les ongles sont bien dessinés. Sur la pièce 5890, ils sont épais, hypertrophiés, semblables à ceux de personnes séniles. Les pièces 5740, 5742, 5795, semblent représenter des ongles incarnés : le gros orteil offre un ongle plat, large, avec deux bourrelets de chair latéraux ; celui du bord externe est particulièrement saillant. L'ongle du second doigt a le même aspect, le bourrelet de son bord interne est particulièrement épais. Les nos 5688, 5992... semblent avoir perdu les ongles de pied qui sont remplacés par un creux, un vide, alors qu'ils sont bien dessinés et très nets sur les autres terres-cuites.

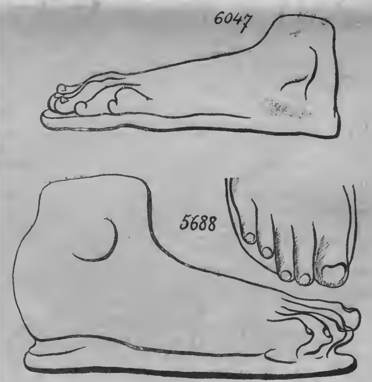


Fig. 1 et 2. — N° 6047. Pied plat et petit doigt en marteau. — N° 5688. Pied plat ; les ongles semblent enlevés.

De nombreux pieds offrent des déformations dues aux chaussures ; ces déformations n'étaient pas rares chez les Romains qui portaient des « calceus », chaussures montantes et fermées analogues à nos souliers. De plus, certaines sandales avaient un lien transversal passant à la racine des doigts, entourant le petit doigt et le déviant sur le quatrième ; la sandale de la statue du philosophe qui est au Louvre, n° 262, en est un exemple caractéristique. Presque toujours, les pieds des statues antiques, même quand ils sont nus ou chaussés de sandales n'offrant point ce lien transverse, présentent cette déviation du

(1) Richard Andrée. — Votive und Weihegaben des Katholischen volks in Sud Deutschsland. Braunschweig, 1904, planches XI, fig. 43 et XIV, fig. 51.

(2) L. Sambon. — Donaria of medical interest in the Oppenheimer collection of Etruscan and Roman antiquities, *British medical Journal*, 1896, t. 2, p. 146-216. *Idem* : Faithfulling ancient and modern, 1899, p. 1501.

(3) Don Antonio Garcia Gutierez. — Catalogo del museo arqueologiconacional. Madrid, 1883 t. 1., pages 263 à 283.

petit doigt. Souvent ils ont ce cinquième doigt court, aminci, et comme atrophié. Sur les ex voto de Calvi, les pieds ont souvent celte disposition, nos 5714, 5870 (fig. 5), 5954 (fig. 3) 6064. Sur le no 5714 (fig. 4) le petit doigt est repoussé sous le quatrième. Sur les nos 6047, 6058, 6064... la dernière phalange du petit doigt est amincie, effilée. Sur les nos 5889 et 6047 le cinquième doigt est en marteau.

D'autres pieds nos 5714, 6116, 6193, 6194, 6047 ont tous leurs doigts recourbés ; c'est ce pied que Tertullien appelait « uncipes » et qu'il déclarait crispé par une chaussure trop courte Parmi ces pieds aux doigts crispés, les

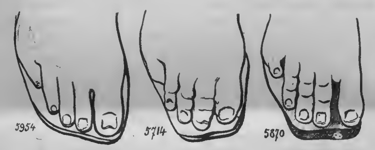


Fig. 3. N° 5954. Petit doigt court, atrophié. — Fig. 4. N° 5714. Petit doigt court et dévié sous le quatrième. Excroissances marquées, rappelant les cors sur le dos des articulations des phalanges. — Fig. 5. N° 5870. Petit doigt atrophié et dévié.

nos 5714 (fig. 5) et 6116 présentent sur le dos des articulations des phalanges des excroissances marquées.

Les mains pathologiques sont rares dans les collections d'ex-voto antiques connues : le docteur Daufresne a représenté dans son travail une main à six doigts, et une statuette atteinte de paralysie radiale (1) ; M. Sambon a cité une main atteinte de tumeurs noueuses, et une autre qui paraissait avoir une rupture des tendons extenseurs. Elles sont nombreuses dans la collection du musée de Madrid. Le no 5527 a une paume aplatie et élargie, un bord cubital fortement convexe, ce qui fait penser à une consolidation vicieuse consécutive à une fracture des

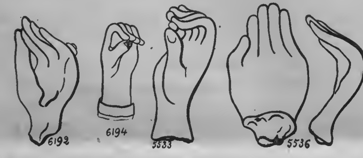


Fig. 6. N° 6192. Main à paume atrophiée, le pouce est en contact avec le bord latéral de l'index. — Fig. 7. N° 6194. Attitude de la paralysie agitante. — Fig. 8. N° 5533. Idem. — Fig. 9 et 10. N° 5536. Vue de face et de profil d'une main atrophiée, aux doigts fléchis.

métacarpiens. Plusieurs mains sont atrophiées avec une paume profondément creusée et des doigts fléchis dans des attitudes qui rappellent certaines maladies. Ainsi les doigts longs et fins du no 5533 (fig. 6) ont tout à fait la position qu'on observe dans la paralysie agitante : les quatre derniers doigts présentent une flexion des premières articulations et une extension forcée des dernières et le pouce presse une boulette contre l'index. Même attitude sur les nos 5640, 6194 (fig. 7) sauf que chez ce dernier le pouce prend contact avec l'extrémité des second et troisième doigts. Sur le no 6192 (fig. 6), la main est également atrophiée, la flexion des doigts est moins forte, le pouce est en contact avec le bord latéral de l'index. Même atrophie et même attitude sur le no 5536 (fig. 9 et 10), mais ici la paume est élargie et le bord cubital fortement convexe.

Enfin plusieurs ex-voto présentent des anomalies des lignes de la main : une terre cuite offre un seul pli transversal ; une autre un pli vertical croisant l'horizontal en forme d'X ; une troisième présente les plis qui à l'état normal sont horizontaux, fortement obliques et se terminent entre le second et le troisième doigt. Le no 5556 est particulier : les lignes, au nombre de trois verticales et d'une horizontale, sont en relief comme d'anciennes cicatrices. (Figures 11 à 13).

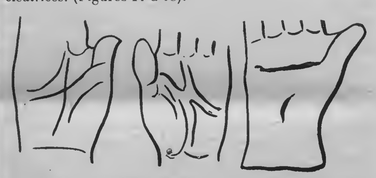


Fig. 11 à 13. La chiromancie antique. — 1re figure, les deux lignes se croisent en forme d'X. — 2e figure, interruption des lignes verticales. — 3e figure, une seule ligne transversale.

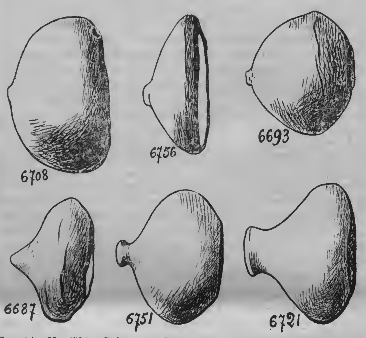


Fig. 14. N° 6708. Sein volumineux avec mamelon très petit. — Fig. 15. N° 6756. Mamelon court et effacé sur un sein vide. — Fig. 16. N° 6693. Mamelon malformé sur un sein plein de lait. — Fig. 17. N° 6687. Mamelon de forme conique. — Fig. 18. N° 6751. Mamelon aplati, étranglé à sa base. — Fig. 19. N° 6721. Mamelon hypertrophié.

Les ex-voto représentant des mamelles de femmes sont communs dans les musées. Ceux de la collection du musée de Madrid ont une très grande variété de formes, ils sont tantôt sphériques, tantôt coniques, tantôt plats ; une seule terre-cuite représente un sein allongé et pendant (no 6257). Les différences d'aspect du mamelon sont remarquables. Sur le no 6756 (fig. 15) le sein, plat et dépourvu de lait, a un mamelon court et effacé ; sur les nos 6739, 6727, 6708 (fig. 14) 6693 (fig. 16), les seins énormes et fermes, comme ceux de femmes après l'accouchement, ont des mamelons plats, rudimentaires. Sur le no 6741 le sein de dimension moyenne a un mame-

(1) Docteur Daufresne. — Epidaure. Thèse doctorat, Paris, 1909.

lon court et de forme conique ; cette malformation est très accentuée sur le n° 6687. (Fig. 17). Le n° 6751 a un mamelon aplati et étranglé à sa base (fig. 18). Le n° 6757 a un mamelon volumineux, normal. Un sein sans numéro offre quatre trous glandulaires à la base du mamelon signe probable de galactorrée. Le n° 6721 (fig. 19) a un mamelon énorme, dû à l'hypertrophie ou à l'inflammation. Toutes les malformations du mamelon qui s'opposent à l'allaitement sont représentées.

Les ex-voto représentant des matrices après l'accouchement sont nombreux dans les musées. Ceux provenant du musée de Madrid, comme les précédents, rappellent par leur volume, par l'effacement de leur col, par leurs sillons transverses, une matrice qui se rétracte après la délivrance. La forme du corps utérin varie, elle est large ou allongée, épaisse ou aplatie. La forme du col est encore plus variable. Son ouverture est large, de forme circulaire sur les n°s 6673 et 6588 ; elle est élargie transversalement avec deux lèvres antérieure et postérieure sur le n° 6645 (fig. 20). Sur le n° 6603 l'ouverture du col est élargie de même et de plus une languette, provenant de la cavité utérine, sort entre les deux lèvres ; à l'opposé des autres terres-cuites le col y est moins large que le corps (Fig. 21).

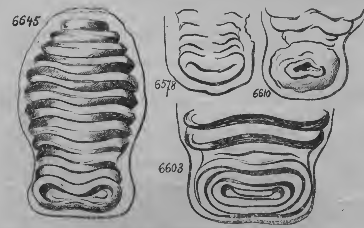


Fig. 20. N° 6645. Matrice dont le col est élargi, béant. — Fig. 21. N° 6603. Une languette sort entre les deux lèvres du col. Fig. 22. N° 6578. Les deux lèvres du col sont en contact. — Fig. 23. N° 6610 Col séparé du corps par un sillon, comme en cas de spasme.

Sur le n° 6578 (fig. 22), les deux lèvres du col sont en contact. Sur le n° 6599 (fig. 27), l'ouverture du col est divisée en deux par une bride transverse. M. Sambon, qui relate des terres-cuites semblables, croit qu'elle indiquent un utérus ayant contenu deux jumeaux. Sur le n° 6657 (fig. 26) deux kystes, placés symétriquement, s'observent sur la lèvre postérieure. Sur les n°s 6614 (fig. 29), 6583, 6584, l'ouverture du col est représentée par une ligne transverse d'où partent sur les lèvres antérieure et postérieure une série de lignes obliques qui semblent représenter des déchirures ; l'extrémité inférieure du col est tournée en avant sur ces trois pièces. Sur le n° 6608 (fig. 24), le col a une base large et une extrémité appointie ; son ouverture est fermée. Sur le n° 6661 (fig. 25), l'extrémité du col regarde antérieurement, et l'ouverture est petite, circulaire. Sur les n°s 6610 et 6649 (fig. 31) un sillon circulaire sépare le corps du col comme il arrive dans le spasme. Le n° 6630 (fig 30) présente un col lisse qui fait contraste avec le corps sillonné transversalement ; l'ouverture de ce col a la forme d'un large triangle et des bords saillants : il semble qu'il s'agit d'un col cicatriciel. Le n° 6596 (fig. 28) offre une ouverture circulaire regardant inférieurement et ayant de nombreux sillons antéro-postérieurs. On voit par ces quelques exemples la grande variété de formes de ces utérus pathologiques ; malheureusement plusieurs sont difficiles à diagnostiquer.

Les ex-voto représentant les organes génitaux externes de l'homme sont fréquents dans les musées ; ils offrent tous cette particularité que les verges ont un long prépuce qui couvre le gland. Même particularité existe sur les

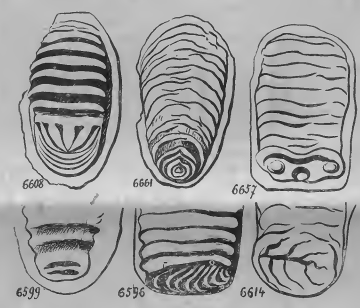


Fig. 24. N° 6608. Le col de la matrice est fermé. — Fig. 25. N° 6661. Le col présente une ouverture petite, circulaire. — Fig. 26. N° 6657. Kystes de la lèvre postérieure du col. — Fig. 27. N° 6599. L'ouverture du col est divisée en deux par une bride transverse — Fig. 28. N° 6596. Col dont l'ouverture présente de nombreux plis antéro-postérieurs. — Fig. 29. N° 6614. Déchirures du col.

pièces de la collection du musée espagnol. Les verges y ont toutes un phimosis et, sauf le n° 6214, sont toutes en érection avec des testicules élevés et saillants, des canaux inguinaux enflés ; toujours la verge est tendue et, le prépuce l'empêchant de s'élever, elle reste abaissée en position oblique inférieure. De nombreuses formes de phimo-

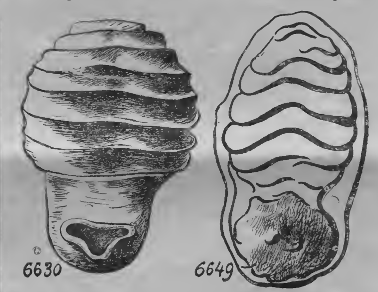


Fig. 30. N° 6630. Col utérin lisse, comme cicatriciel. — Fig. 30. N° 6649. Spasme du col.

sis sont représentées. Tantôt la verge arrive à se développer à peu près dans toute sa longueur n° 6244, (fig. 35) 6335, 6348. Tantôt l'obstacle du prépuce l'en empêche, elle est courte et très gonflée (n° 6520). Le prépuce peut être long et la coarctation exister à 12 ou 15 millimètres en arrière de son orifice (n° 6426). La verge peut former un arc concave inférieurement, n°s 6254 (fig. 37) 6525,

étant retenue par le raphé fibreux médian qui fait corde comme on voit sur le nº 6497 (fig. 36). Certaines verges sont obliques latéralement, d'autres élargies transversalement (nº 6525). Plusieurs sont petites et très gonflées en forme de cône (6450, 6420, 6504). Parfois la coarctation se fait près de l'orifice qui est porté tantôt en avant sur les nºs 6250 et 6504 (fig. 32), tantôt en haut nº 6238 (fig. 32),

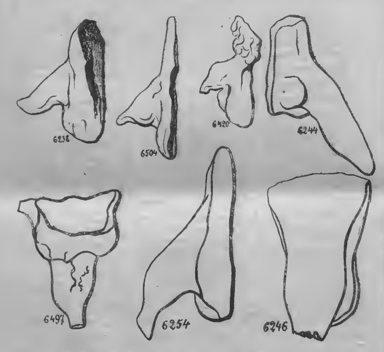


FIG. 32. Nº 6238. L'ouverture du prépuce filiforme est dirigée en haut ; la verge est gonflée et courbe. — FIG. 33. Nº 6504. Même forme, l'ouverture du méat regarde en avant. — FIG. 34. Nº 6420. Même forme, l'ouverture du méat regarde en bas. — FIG. 35. Nº 6244. Verge droite, ayant sa longueur normale. — FIG. 36. Nº 6497. Verge vue par sa face inférieure. Le raphé fibreux médian est tendu et fait corde. — FIG. 37. Nº 6254. La verge forme un arc à concavité inférieure. — FIG. 38. Nº 6246. Verge gonflée par la balanite.

tantôt en bas nº 6420. (Fig. 34). La verge nº 6246 a un aspect particulier : elle est très gonflée comme il arrive dans la balanite (Fig. 38).

On voit à quel point les représentations figurées de maladies sont nombreuses et variées dans cette collection. Elles nous montrent qu'à l'inverse des fabricants actuels d'ex-voto, les coroplastes antiques avaient une documentation approfondie en pathologie.

Le liquide céphalo-rachidien de la paralysie générale. Cyto-diagnostic, albumo-diagnostic et précipito-diagnostic de Porgès ; étude comparée de leur valeur quantitative;

Par le Dr BEAUSSART
Interne des asiles de la Seine.

Les travaux de Monod, Widal, Sicard et Ravaut, Babinski et Nageotte, etc., ont montré, au cours de la paralysie générale, la présence habituelle de réactions rachidiennes. Ces faits sont actuellement classiques tant en France qu'à l'étranger. Dans un ouvrage important paru il y a quelque temps, Nonne consacre un long chapitre au cyto-diagnostic ; il y résume les nombreux travaux parus en Allemagne sur ce sujet et confirme une fois de plus toutes les déductions des auteurs français.

Nous insisterons donc moins ici sur ces données universellement admises que sur certains points de comparaison ayant trait à la valeur quantitative réciproque des réactions, cytologique, albumineuse du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et de la méthode de précipito-diagnostic de la syphilis dite de Porgès.

Réaction cytologique. — D'une façon générale, le lymphocyte est l'élément fondamental autour duquel, mais assez rarement, viennent se grouper, selon la variété des lésions anatomiques et l'intensité des phénomènes inflammatoires qui ont déterminé leur exode dans le liquide céphalo-rachidien, des mononucléaires et des polynucléaires. C'est à la période prémonitoire de la maladie, parfois de longs mois avant l'apparition des signes cliniques, qu'on a signalé dans le liquide cérébro-spinal la présence de grands mononucléaires et quelquefois de polynucléaires. Au cours de véritables poussées congestives coïncidant avec des ictus, Widal et Lemierre ont noté une augmentation brusque du nombre des polynucléaires.

Ce dernier fait a été également relevé dernièrement par Mosny et Pinard chez un épileptique qui, au cours d'ictus, avait une réaction polynucléaire céphalo-rachidienne transitoire et fugace due à la congestion locale, passagère des centres nerveux et de leurs enveloppes sans qu'il y ait lieu d'invoquer l'existence d'une méningite proprement dite. D'une façon presque absolue, la lymphocytose se retrouve pendant toute l'évolution de la méningo-encéphalite sans que le traitement antisyphilitique, comme l'ont montré Sicard et Milian, puisse avoir d'influence sur elle.

Réaction albumineuse. — Les modifications subies par le liquide céphalo-rachidien au cours de la paralysie générale s'accompagnent de changements dans la teneur en albumine. A l'état normal, il convient de rappeler que l'ébullition détermine dans le liquide spinal une très légère opalescence, qui devient de plus en plus intense selon l'état pathologique ; dans la paralysie générale en particulier, il est de règle de constater une grosse augmentation de l'albumine. Selon certains auteurs, la réaction de l'albumine n'est pas toujours parallèle à la réaction cytologique ; très souvent, disent-ils, ces réactions sont dissociées et il est fréquent de constater de grosses réactions cellulaires sans augmentation de l'albumine.

Réaction de précipitation de la syphilis (*Réaction de Porgès*). — Les dernières découvertes effectuées dans le domaine de la syphiligraphie ont montré qu'il est possible de déceler dans les humeurs des syphilitiques la présence de substances hémolytiques et précipitantes dues au tréponème. Les premières de ces substances ont été étudiées par la réaction de Wassermann (1), les secondes par la réaction de Porgès.

(1) *Séro-réaction de Wassermann.* — Les humeurs d'un organisme soumis à l'action d'un élément étranger : microbe, globule rouge (cet élément = *antigène*) et immunisé contre cet élément (humeur immunisée = *anticorps*) comportent deux substances qu'on peut séparer par un chauffage à 55° : 1° l'*ambocepteur*, ou *sensibilisatrice*, résiste à 55°, est spécifique, c'est-à-dire qu'il n'agit uniquement que sur les éléments correspondants qui lui ont donné naissance ; c'est le véritable produit d'immunisation ; mais pour qu'il agisse il faut qu'on lui adjoigne la deuxième substance, qui est le *complément* ; 2° le *complément* ou *alexine* est détruit à 55°, n'est pas spécifique et unique, existe dans tous les sérums frais.

Ceci dit, il est facile, étant donné un sérum ou un liquide céphalo-rachidien qui provient d'un sujet suspecté de syphilis par exemple, de savoir si réellement ce sérum est syphilitique, possède un anticorps syphilitique. Il suffit de mettre ce sérum en présence de l'antigène qui produit l'anticorps syphilitique, c'est-à-dire du tréponème (comme on ne peut obtenir de culture de ce microbe, on emploie du foie qui est riche en spirochètes) et de voir s'il se produit une action de bacté-

Si, primitivement, l'on croyait la réaction de Wassermann déterminée par la combinaison réelle de tréponèmes et de produits d'immunisation dérivés de ce parasite, on s'est aperçu par la suite que ce phénomène, tout en gardant de sa valeur pratique, n'était pas biologiquement aussi spécifique. Sans connaître exactement l'essence intime du phénomène, on est d'accord pour y voir une série de réactions entre substances albuminoïdes et lipoïdes. Les humeurs des sujets syphilisés chargées de ces substances albuminoïdes réagiraient avec d'autres substances albuminoïdes contenues dans le foie syphilitique qui sert d'antigène pour la réaction. Les recherches consécutives ont prouvé qu'on peut même, remplaçant le foie syphilitique par du foie normal ou des sels biliaires, obtenir de semblables résultats positifs.

Pour la réaction de Porgès (1), les mêmes constatations s'imposent. Contrairement à ce qui se passe pour la réaction de Widal, où il y a action de vraies substances précipitantes typhiques sur le B. d'Eberth, pour le précipito-diagnostic syphilitique, il ne se produit qu'une combinaison entre albumines, lipoïdes et non action réelle des précipitines syphilitiques sur le tréponème. D'ailleurs, ce dernier phénomène ne peut actuellement s'obtenir par suite du manque de culture utilisable de spirochètes ; et si la réaction de Porgès a été imaginée, c'est que les constatations précédentes sur la réaction de Wassermann ont permis d'essayer l'action précipitante de ces substances lipoïdes (lécithines biliaires) sur les humeurs syphilitiques.

Comme dans l'étiologie de la paralysie générale, la syphilis est incriminée dans la plupart des cas, tout au moins comme cause adjuvante, on a appliqué la réaction de Wassermann à la recherche des substances hémolytiques syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des méningo-encéphalites (80 à 90 % de résultats positifs).

Comme, d'autre part, la paralysie générale s'accompagne de modifications dans la teneur en albumine du liquide cérébro-spinal, on a également été amené à comparer la valeur respective de ces deux réactions, albumineuse et hémolytique. Plusieurs expérimentateurs ont constaté un parallélisme presque absolu entre elles deux.

La recherche des substances précipitantes syphilitiques contenues dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux a pu être également effectuée à l'aide de la réaction de Porgès. Porgès sur 10 cas n'a trouvé que 4 réactions positives (40 %). Schwarzwald sur 43 cas, 14 réactions positives (32,5 %). Aucun auteur n'aborde le parallélisme des résultats fournis par la réaction précipitante et l'albumo-diagnostic.

Nous avons entrepris cette étude sur le liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux typiques. Pour pouvoir comparer aussi exactement que possible les résultats fournis par nos recherches, nous nous sommes attachés à rester pour chaque cas dans les mêmes conditions d'expérience. Nous avons prélevé exactement 5 cmc. de liquide céphalo-rachidien que nous avons centrifugé pendant 5 minutes dans un centrifugeur à eau, à une vitesse toujours la même. Les culots de centrifugation ont été également répartis sur la lame.

En même temps, 0 cmc. 3 de liquide céphalo-rachidien (1) ont été mélangés directement à un volume semblable d'une solution fraîche de glycocholate de soude à 1 %, dans de petits tubes de 8 à 9 mm. de diamètre, laissés à la température du laboratoire pendant 20 heures environ.

Le liquide restant a été utilisé pour la recherche de l'albumine. Nous n'avons pas dosé cette albumine, mais nous nous sommes servis de 4 tubes étalons correspondant à 4 teneurs plus ou moins grandes en albumine.

Les résultats nous ont montré que dans tous les cas il y avait lymphocytose plus ou moins abondante et cela d'une façon générale, en raison de l'âge plus ou moins avancé de l'affection. Jamais nous n'avons rencontré de mononucléose ou de polynucléose ; mais cela tient à ce fait qu'à l'asile les paralytiques sont déjà entrés dans la période d'état de la maladie et que nous n'avons pas ponctionné de malades à la suite d'ictus.

Toujours, et c'est là un point qui est en contradiction avec les résultats que nous exposions plus haut, la quantité d'albumine a été rigoureusement parallèle à la valeur cytologique, les réactions de 10 à 20 éléments par champ microscopique correspondant à la plus faible teneur en albumine, les réactions de 90 à 100 éléments correspondant à la plus forte teneur en albumine. Avant de passer à l'exposé des résultats de la réaction de Porgès, nous rappellerons que quelques expérimentateurs ont cru voir un parallélisme rigoureux entre les résultats fournis par la réaction de Wassermann et la teneur du liquide céphalo-rachidien en albumine. C'est un résultat qui paraît peu fondé, car il est plusieurs cas de paralysie gé-

riolyse sur le microbe. Mais comment percevoir ce phénomène ?

On a alors recours à un second phénomène, celui de l'hémolyse de globules rouges, facile à constater.

Du sang de lapin a été rendu hémolytique pour les globules rouges de mouton, par des injections répétées de ces globules au lapin. Il s'est produit dans le sérum-lapin un ambocepteur hémolytique qui, spécifique, n'agit que sur les globules de mouton en présence du complément, comme il s'est produit dans le sérum du sujet vérolé un ambocepteur bactériolytique spécifique qui n'agit que sur le tréponème en présence d'un complément.

Si nous chauffons à 55° nos deux sérums immunisés, le complément est détruit dans chacun et chaque ambocepteur respectivement ne peut agir sur son propre antigène. Il s'agit alors d'intercaler entre les deux systèmes d'ambocepteur un complément quelconque (sérum de cobaye non chauffé par exemple). Le premier système bactériolyso-syphilitique est mis en présence pendant 1 heure avec ce complément ; ensuite on y ajoute le deuxième système hémolyso-globulique. Si le premier est spécifique, c'est-à-dire si réellement nous avons affaire à un sérum syphilitique, il y a action de l'ambocepteur sur l'antigène syphilitique puisqu'il y a du complément : mais ce dernier, étant fixé par le premier système n'existe plus pour le second et l'*hémolyse ne se produit pas* : *la réaction est positive* pour le premier système. Inversement, s'il y a *hémolyse*, le premier système (ambocepteur et antigène ne se correspondant pas) n'a pas fixé le complément et ce dernier est libre pour agir avec le deuxième système ; la *réaction est négative* avec le 1er système.

Antigène = foie syphilitique Anticorps = liq. céph. rach. de Σ ou para Σ. — ou sérum, chauffé à 55°	Complément = sérum frais de cobaye	Ambocepteur = serum hémolytique de lapin pour globule de mouton chauffé à 55° Globules de mouton	Pas d' hémolyse
Antigène Σ Liq. céph. rach. — ou sérum de non Σ chauffé à 55°	Complément	Ambocepteur hémolyt. Chauffé à 55° Globules de mouton	Hémolyse

(1) *Séro-précipitation de Porgès.* — Utilisant les sels biliaires qui peuvent servir comme antigène dans la réaction de Wassermann, Porgès a innové un nouveau séro-diagnostic syphilitique. Basé sur la recherche des *précipitines syphilitiques*, son procédé consiste à mettre en présence, pendant 15 à 20 heures, à la température du laboratoire, parties égales de sérum à examiner chauffé à 55° et de solution de glycocholate de soude à 1 %. S'il y a précipité, le sérum est syphilitique. Bibliographie in *Gaz. des hôpit.*, n° 123, 1909.

(1) Pour le sérum, un chauffage préalable à 55° est nécessaire. Pour le liquide céphalo-rachidien, cette manipulation est inutile.

nérale qui s'accompagnent d'une assez forte proportion de cette albumine et qui ne donnent pas de séro-réaction hémolytique positive.

De plus, d'autres affections méningées, telles que méningites cérébro-spinales, tuberculeuses, paralysies générales saturnines, qui s'accompagnent elles aussi de modifications de la teneur albumineuse, ne donnent pas de réaction de Wassermann positive. Enfin, aux premiers stades de la paralysie générale parasyphilitique, alors que des réactions méningées cytologiques et albumineuses existent depuis un certain temps, il est peu fréquent d'obtenir de séro-réaction syphilique positive.

Si d'autres expérimentateurs n'ont pas, pour la réaction de Porgès, attiré l'attention sur ce point, on peut d'après leurs résultats constater que la réaction précipitante, qui n'est en somme qu'une variante de la réaction hémolytique, ne fournit pas les mêmes proportions de résultats positifs. C'est ainsi que la réaction de Wassermann donne de 80 à 90 % de résultats positifs, tandis que la réaction de Porgès n'en donne que 35 à 40 %. L'on conçoit difficilement que la même albumine, si elle était en cause pour la production des deux phénomènes, donne des résultats si divergents.

Lymphocytose	Albumine	R. de Porgès	Lymphocytose	Albumine	R. de Porgès
10	+	+	90	++++	+
50	+++	+	85	+++	+
15	+	—	15	+	—
40	+++	—	25	++	+
95	++++	—	80	+++	—
45	+++	+	5	+	—
20	++	+	75	+++	+
60	+++	—	25	++	—
55	+++	—	10	+	—
30	++	+	30	++	+
70	+++	—	30	++	—
40	+++	—	75	+++	—
90	++++	+	15	+	—
10	+	—	60	+++	—
25	++	+	90	++++	+
30	++	+	15	+	—
60	+++	—	35	+++	—
40	+++	—	20	++	—
15	+	—	5	+	+
55	+++	+	75	+++	—
60	+++	+	30	++	+
55	+++	+	20	++	—
5	+	—	40	+++	+
100	++++	+	55	+++	—
65	+++	+	70	+++	+

Nos expériences nous ont montré que la réaction de Porgès n'était positive que 23 fois dans nos 50 cas (46 %). Sa valeur quantitative et celle de l'albumo-diagnostic étaient dans beaucoup de cas dissociées, un liquide à forte teneur albumineuse donnant une réaction de même intensité qu'un autre liquide à teneur plus faible. Le tableau ci-joint montrera quelques-uns des résultats obtenus.

Quoi qu'il en soit de ces faits, le précipito-diagnostic, malgré une fréquence positive moindre que la réaction de Wassermann, s'est montré assez rigoureusement spécifique. Appliqué à l'étude du liquide céphalo-rachidien de plusieurs épileptiques, déments précoces, il n'a pas donné de résultats positifs. Nous n'insisterons pas sur ce point, nous étant fixé comme sujet l'étude de la valeur comparative des réactions cytologique, albumineuse et précipitante.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La « caste des internes »

Mon distingué confrère Sorel affectionne tout particulièrement les arguments d'ordre sentimental : ce sont ceux, j'en conviens, qui nous touchent le plus parce qu'ils impressionnent directement notre sensibilité et notre émotivité ; mais ce sont ceux aussi qui ont le moins de valeur parce qu'ils s'adressent trop peu souvent à la raison.

Prêcher l'égalité entre tous les hommes est sans doute une chose admirable, à condition de la vouloir à la naissance et jusque vers 15 ou 16 mois : celle-là est, en effet, physiologique, et il est on ne peut plus naturel qu'un médecin s'en fasse le champion éloquent. Mais au-delà de cet âge, l'égalité devient contraire à l'évolution même de l'être : chacun de nous, à 18 mois, montre déjà ses goûts, ses préférences, ses aspirations, ses désirs, ses capacités. L'éducation, si elle polit l'enveloppe et meuble l'intelligence, ne fait qu'exagérer ces tendances natives. La loi de la nature veut qu'on cherche à être plus fort que son voisin d'une façon ou de l'autre, même en défendant des idées de faiblesse. Le système de M. Jaurès est un monument qu'il élève un peu plus haut chaque jour à son orgueil nébuleux, puisqu'il s'efforce de l'imposer à ceux qui l'écoutent. Que fait M. Sorel lui-même dans la lutte courtoise qui nous met en présence, sinon d'essayer, par une prise de tête savamment calculée, de me faire toucher le sol des deux épaules ? L'égalité n'est donc qu'un mot creux qu'il est permis de servir dans une réunion de croyants à des âmes simples, non dans une discussion entre médecins qui doivent être habitués à raisonner scientifiquement.

Toute société, toute tribu, toute corporation, nécessite une hiérarchie, partant une évidente inégalité, par suite un certain « esprit de caste » indispensable à son bon fonctionnement. En médecine, comme en toute autre profession, quelle qu'elle soit, cet esprit doit forcément exister : c'est lui qui veut qu'il y ait à la faculté des maîtres et des élèves, et à l'hôpital, des chefs de service, des stagiaires, des externes et des internes.

Le concours n'a rien à faire en tout ceci et je m'étonne que M. Sorel fasse d'esprit de caste le synonyme de concours. Les internes existaient avant qu'on les nommât au concours et si jamais on supprime ce dernier, ils continueront à exister après lui, car ils constituent un rouage nécessaire dans l'exercice régulier d'un hôpital.

Si donc on est obligé d'admettre la nécessité de l'internat, il faudra bien également accepter que cette institution subisse des aménagements, des améliorations. Le progrès ne doit pas seulement s'occuper de l'hygiène des salles et des soins des malades, il doit aussi s'inquiéter du personnel traitant, et en particulier des internes.

Or, la situation de ceux-ci — et je fais appel sur ce point à l'autorité de M. Sorel — est lamentable si on la compare à celle des assistants allemands qui sont, dans les hôpitaux de leur pays, les analogues de nos internes. Il faut donc que cela change. Et pour amener un changement, il y aurait une certaine candeur à compter sur le bon vouloir de nos administrations hospitalières : si nos

internes ont foi en lui, ils attendront longtemps sous l'orme.

C'est pour cela que nous avons pensé qu'une sorte de cahier des états généraux de l'internat français aurait sans doute plus de chances d'être pris en considération que quelques vœux isolés votés séparément, chacun chez nous. Voilà pourquoi une fédération de l'internat, proposée du reste par la délégation lyonnaise (ceci pour répondre à M. Sorel qui dit que Lyon ne veut pas de fusion), nous a paru, à tous, un groupement utile à constituer; et c'est précisément, parce que nous tenons tous en province, aussi bien qu'à Paris, à notre vie particulière qu'il n'a jamais été question d'abandonner, que nous ne nous expliquons pas, puisqu'il s'agit d'intérêts généraux à défendre, pourquoi Paris ferait bande à part. Ces intérêts sont assez nombreux pour qu'on cherche à les garantir : sans parler du recrutement de l'internat, de son organisation matérielle, de son organisation scientifique et de son organisation sociale — dont les principes directeurs ont été envisagés dès le premier congrès de l'internat tenu à Bordeaux — n'y a-t-il pas utilité, urgence même à se rapprocher et à s'unir, ne serait-ce que pour montrer que l'on existe encore ? Quand on songe que l'internat a été de tout temps et demeure encore la pépinière de nos meilleurs médecins de France, on éprouve quelque surprise et quelque tristesse à voir cette institution menacée de destruction : « Nous travaillerons par tous les moyens à la disparition de l'internat des hôpitaux », s'écria un de nos confrères au dernier Congrès des praticiens.

La fédération de l'internat constitue donc essentiellement, pour l'heure présente, un groupement de légitime défense des plus indispensables.

Mais pourquoi limiter cette fédération aux seuls internats de villes universitaires, interrogent MM. Gaudin (de Marseille) et Sorel (de Dijon) ? Parce que dans toute question il faut procéder par ordre si l'on veut aboutir, que les intérêts des internes des hôpitaux de ville ayant faculté de médecine ne sont pas exactement les mêmes que ceux de leurs collègues de villes sans faculté, et qu'il est juste de commencer par s'occuper des principaux intéressés avant de s'occuper des autres.

L'argument de l'interne provisoire mis en avant par M. Sorel est de même nature. Entre un titulaire et un provisoire il y a — et encore pas toujours — l'épaisseur d'un cheveu ; entre un provisoire et un externe qui le remplace il n'y en a souvent pas davantage : cependant cette épaisseur, si mince soit-elle, établit une séparation. Entre deux communes limitrophes ou deux pays contigus la frontière est la plupart du temps impossible à percevoir : et cependant elle existe.

Si on ne veut pas en accepter la réalité, on est forcé d'adopter le système des transitions progressives qui aboutit à établir des rapports entre des objets qui n'en ont point. Dans une image célèbre, on voyait une poire magnifique se transformer insensiblement en une superbe tête du roi Louis-Philippe. La morale de M. Sorel est comme celle de l'auteur de cette caricature de génie : elle amuse l'esprit par son tour imprévu, mais ne convainc nullement la raison. Il suffit, en effet, de vouloir la mettre en pratique pour s'apercevoir que, sous couvert de nivellement et d'égalisation, elle conduit tout droit au désordre et verse dans l'abîme. René CRUCHET.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment reconnaître une maladie chronique du pancréas ?

Par M. le Dr MORICHAU-BEAUCHANT, de Poitiers.

L'attention du clinicien sera généralement attirée tout d'abord par l'existence de *troubles fonctionnels* d'ailleurs fort peu caractéristiques et qui peuvent s'observer aussi bien dans une affection abdominale quelconque.

Ce sont : la *douleur* survenant, soit à la pression au niveau de la région pancréatique, soit spontanée et sous forme de coliques, des *symptômes dyspeptiques*, perte d'appétit, sensation de pesanteur, dégoût pour la viande et les aliments gras, vomissement, diarrhée, amaigrissement ; ils n'ont, en somme, rien de particulier.

Un signe plus important serait constitué par la *salivation*, qui se montrerait accrue dans bon nombre de cas : peut-être s'agit-il d'une sécrétion réflexe et compensatoire du flux pancréatique.

La présence de l'*ictère* revêt une signification encore plus grande ; on s'explique la fréquence de ce symptôme, étant donnés les rapports étroits du cholédoque et de la tête du pancréas. Il peut survenir brusquement ou s'installer progressivement.

A également une grande valeur l'apparition d'une *coloration bronzée* des téguments ; celle-ci s'observe dans certains néoplasmes du pancréas.

Mis en éveil par ces différents troubles fonctionnels, le clinicien recherchera les signes physiques ou objectifs de l'affection pancréatique. Malheureusement, dans l'immense majorité des cas, ceux-ci feront défaut. Il est extrêmement rare, en effet, que l'on trouve dans la région pancréatique une tumeur ou une résistance indiquant le siège du mal. Ceci s'explique si l'on songe à la profondeur de la glande et à tous les organes qui la masquent.

Mais si l'examen direct du pancréas est presque toujours impossible, on peut acquérir d'une façon indirecte des renseignements sur son fonctionnement en étudiant les excreta : urines et fèces.

La *glycosurie* est un symptôme connu depuis longtemps comme pouvant indiquer un déficit dans la sécrétion interne du pancréas.

Elle s'observe dans l'atrophie granuleuse du pancréas, la pancréatite interstitielle chronique, la lithiase pancréatique, la lipomatose pancréatique, les kystes du pancréas, la névrose et les hémorrhagies du pancréas, la pancréatite suppurée.

La *lipurie* a été constatée parfois au cours de certaines affections pancréatiques, mais sans qu'on puisse nettement établir son mécanisme de production. On a signalé aussi l'*absence d'indican* et d'*éthers sulfo-conjugués*.

Nous n'insisterons pas sur les *réactions de Cammidge*, auxquelles la grande majorité des auteurs dénie actuellement toute valeur comme signe d'affection pancréatique.

L'*examen des fèces* fournira des renseignements encore plus importants en montrant les troubles qu'apporte dans la digestion l'insuffisance des ferments trypsique et lipolytique aboutissant à l'*azotorrhée* et à la *stéatorrhée*.

Lorsque les fonctions pancréatiques sont notablement compromises on peut voir apparaître dans les selles des

débris de viande nettement reconnaissables à l'œil nu. Au microscope on se rend compte de la striation des fibres musculaires. Pour important que soit ce signe, il n'est pas pathognomonique. La digestion de la viande peut se faire d'une façon assez satisfaisante et cependant les fonctions pancréatiques être déjà compromises.

On sait en effet qu'expérimentalement la ligature simple des canaux pancréatiques ne suffit pas pour troubler la digestion des azotés, il faut pour cela que la glande soit extirpée ou très altérée. Inversement la présence de fibres musculaires dans les selles n'indique pas à coup sûr qu'il s'agisse d'une lésion pancréatique, elle peut s'observer aussi dans d'autres circonstances : atrophie de la muqueuse de l'intestin grêle, certains catarrhes chroniques étendus ; dans ces cas le suc pancréatique peut avoir gardé son activité, mais la kinase fait défaut. Il faudra donc, pour que la non-digestion de la viande ait une valeur au point de vue diagnostic d'un trouble pancréatique, qu'elle s'associe à d'autres signes.

La présence de graisse dans les selles ou *stéatorrhée* constitue un symptôme important de trouble de la sécrétion pancréatique. Elle s'y trouve sous forme de gouttes de graisse, d'acides gras en cristaux, de savons. La selle peut être presque entièrement graisseuse ; elle affecte alors des caractères particuliers. Elle est très *copieuse, gris ardoisée, granité, d'odeur très fétide, de réaction acide.* La quantité de graisse que l'on peut trouver dans les selles varie de 13 à 60 %. Toutefois il ne faut pas oublier que le pancréas n'est pas seul à agir sur les graisses, mais que ce rôle est dévolu également à la bile et au suc intestinal. On a prétendu que toutes les fois que le contenu en graisse dépassait 45 %, on pouvait conclure à un déficit pancréatique. La chose ne semble pas absolument prouvée. Un signe indirect montrant que la stéatorrhée serait bien d'origine pancréatique est son amélioration à la suite de l'administration de *pancréatine.*

A côté de la stéatorrhée un autre signe sur lequel on a peu insisté jusque-là semblerait avoir une grande valeur. *A l'état normal le suc pancréatique dédouble la lécithine en ses éléments constituants qui sont absorbés. Lorsqu'il est insuffisant la lécithine resterait intacte et se retrouverait dans les selles.*

L'examen des fèces pourra enfin, très exceptionnellement il est vrai, révéler un signe de la plus haute importance : la *présence de calculs pancréatiques.* Leur coloration gris blanc, leur consistance friable, leur haute teneur en chaux, permettront de les reconnaître. Leurs dimensions varient d'une lentille à une noisette.

La constatation de plusieurs des symptômes que nous venons d'énumérer permettra de porter le diagnostic du pancréas ; dans bien des cas cependant celui-ci restera incertain ; le clinicien devra alors recourir à d'autres méthodes qui lui permettront de prendre une connaissance plus exacte de la valeur fonctionnelle de la glande pancréatique. L'exploration doit porter à la fois sur sa sécrétion interne et sur sa sécrétion externe.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire nous donnera des renseignements sur la première. L'apparition de sucre dans les urines après ingestion de 100 grammes de glucose sera en faveur d'un trouble pancréatique. Toutefois cette épreuve n'a de valeur que si elle est positive. On ne peut tenir aucun compte des résultats négatifs.

Lœwi a décrit une réaction qui pourrait être utilisée pour le diagnostic d'une affection pancréatique et qui se rattache à la sécrétion interne de cet organe. Cet auteur a montré que chez des chats et des chiens privés de pancréas *l'instillation d'adrénaline dans l'œil déterminait une mydriase* qui persistait une heure environ. Ce symptôme ne se produirait pas chez des animaux sains. L'auteur l'explique par l'absence d'inhibition exercée par le pancréas sur le sympathique. Ce signe paraît avoir une certaine valeur ; mais il faudra, avant de le rechercher chez un malade soupçonné d'une affection pancréatique, éliminer la maladie de Basedow et le diabète constitutionnel, qui peuvent aussi lui donner naissance.

L'exploration *directe* de la sécrétion externe du pancréas est possible dans quelques cas. A la suite d'un traumatisme ou d'une opération, on a vu se produire une fistule par où le suc pancréatique s'écoulait à l'extérieur. Dans la pratique, on peut arriver à déterminer le reflux dans l'estomac du suc pancréatique et à l'examiner ainsi directement. Boldyreff, élève de Pawlow, a en effet montré que si l'on introduisait dans l'estomac une quantité suffisante de matière grasse (huile ou crème), l'on déterminait un reflux, probablement consécutif à l'ouverture réflexe du pylore, de suc pancréatique, de bile et de sécrétion intestinale. *On pourrait ainsi mettre directement en évidence la trypsine dans le liquide ainsi recueilli.* Ce sont là procédés assez compliqués et qui n'ont de valeur qu'en cas de constatation positive.

Le plus souvent on sera réduit à explorer *indirectement* le suc pancréatique. On y parvient avec une série d'épreuves qui n'ont pas toujours la même valeur. Elles cherchent pour la plupart à déceler la trypsine.

L'épreuve du dédoublement du *salol* ou de la *salicine* est tout à fait infidèle. Il en est de même de la réaction proposée par Sahli à l'aide des *capsules glutoïdes.*

Meilleure est l'épreuve de Muller et Schlecht, fondée sur la digestion des matières protéiques par la trypsine. On a donné d'abord un lavement au malade, puis une purgation ; la première selle diarrhéique est recueillie et mélangée à de la glycérine. On en étale une petite quantité sur des plaques de Lœffler mises ensuite à l'étuve à 55-60 degrés pendant 24 heures. Si la selle contient de la trypsine on voit alors se produire sur la plaque des *excavations, indice de la digestion du sérum par le ferment.* On a objecté à cette méthode que la graisse empêchait l'action du ferment et que par conséquent elle n'était pas applicable lorsque les selles étaient graisseuses. La présence du sang ou du pus (par suite du ferment protéolytique qu'ils contiennent) serait aussi une nouvelle cause d'erreur.

Le procédé de Gross serait encore plus fidèle que le précédent. Il met en évidence le ferment trypsique par son action sur la caséine. Il consiste à prendre 10 cc. de matières fécales diluées dans trois fois leur poids d'une solution de soude à 1 0/00 et filtrées. On les ajoute à 100 cc. d'une solution à 1/2 0/00 de caséine. On place le tout dans l'étuve à 37° et de temps en temps on recherche avec l'acide acétique à 1 % les réactions de la caséose.

L'épreuve de Schmidt est basée sur un principe tout différent. D'après l'auteur, c'est dans le suc pancréatique seul que se trouve un ferment, la *nucléose*, qui a la propriété de digérer les noyaux ; *lorsque le suc pancréatique est altéré dans sa composition les noyaux resteraient non digérés.* Il coupe de petits dés de viande, les durcit dans l'alcool, les insère dans de petits sacs de soie et les fait avaler. Les sachets se retrouvent facilement dans les selles ; après durcissement et inclusion on les coupe, ce qui permet de voir si les fibres musculaires ont conservé leurs noyaux. L'épreuve de Schmidt pas plus que les autres n'est malheureusement à l'abri d'objection. En effet, d'abord les noyaux musculaires peuvent être digérés par le suc gastrique. Ils peuvent être digérés aussi dans l'intes-

tin, s'ils y séjournent assez longtemps pour y subir la putréfaction. D'autre part, alors même qu'on les retrouve intacts, cela ne signifie pas à coup sûr que les fonctions pancréatiques soient indemnes, un péristaltisme intestinal exagéré ayant pu les soustraire à la digestion tryptique.

Le *ferment diastasique* est facile à décéler dans les selles par son action sur l'amidon ; mais il ne provient pas seulement du suc pancréatique, le suc entérique en fournit également. L'absence du ferment constatée par l'examen aurait donc seule une valeur.

Pour mettre en évidence le défaut de *ferment lipolytique*, von Noorden a conseillé d'administrer aux malades un repas composé de 250 grammes de gruau d'avoine et 250 grammes de beurre ; dans les cas d'insuffisance pancréatique on observerait alors des selles presque entièrement graisseuses.

Par cette courte étude on voit que le diagnostic d'une affection pancréatique chronique est toujours chose très délicate et qui nécessite un examen clinique minutieux. Il se fera non pas tant par tel ou tel signe pathognomonique que par un groupement de symptômes dont nous résumons ici les plus importants.

Lorsqu'on soupçonne une affection pancréatique chronique il faut examiner à plusieurs reprises l'urine au point de vue de la présence du sucre. Il faut aussi pratiquer l'épreuve de la glycosurie alimentaire, qui, si elle est positive, aura une grande valeur. On cherchera dans les selles la présence de graisse et de fibres musculaires. Pour mettre en évidence le ferment tryptique on aura recours au procédé de Muller, de Gross ou de Schmidt. Enfin on devra soumettre le malade à l'emploi de la pancréatine et si l'on voit les symptômes s'amender en tirer une présomption en faveur de l'origine pancréatique des accidents.

ACTUALITÉ

Les côtes cervicales chez l'homme.

Les côtes surnuméraires du cou, regardées autrefois comme une simple curiosité, ont actuellement un réel intérêt pathologique ; car les symptômes qu'elles déterminent, s'ils passent quelquefois inaperçus, peuvent parfois être si intenses qu'ils nécessitent une intervention chirurgicale (1).

Signalées dès 1740 sur le cadavre par Hunauld, les côtes cervicales ont été reconnues pour la première fois sur le vivant par Willshire en 1860 et la première intervention fut faite l'année suivante par Holmes Coote, pour ce qu'on appelait une exostose de l'apophyse transverse gauche de la 7ᵉ cervicale et qui était en réalité une côte cervicale.

La 7ᵉ cervicale présente un point d'ossification costal permanent qui apparaît du 2ᵉ au 6ᵉ mois ; ce point existe d'ailleurs, mais moins souvent sur les 6ᵉ, 5ᵉ et 4ᵉ vertèbres cervicales. C'est le développement exagéré de ce point d'ossification qui forme la côte surnuméraire.

Comme ces points d'ossification sont bilatéraux, il est naturel que les côtes cervicales existent par paire (77,8 % des cas). Mais ces côtes latérales ne sont pour ainsi dire jamais de longueur équivalente. La plus longue est toujours la plus haute, et c'est elle qui détermine les signes les plus évidents. La femme semble plus souvent atteinte que l'homme.

Parfois l'existence des côtes cervicales se complique de scoliose concomitante, droite ou gauche, sans qu'on puisse de façon nette accuser la côte elle-même de donner le sens à la courbure.

Le *développement* des côtes cervicales est variable et Gruber le divise en 4 classes : dans la 1ʳᵉ, il n'y a qu'une légère augmentation de longueur de l'apophyse costale qui ne dépasse pas encore le niveau de la pointe du vrai tubercule transverse. Les côtes de la 2ᵉ classe peuvent mesurer de 1 cm. à 3 à 4 cm. ; leur extrémité peut être libre ou fusionnée avec la 1ʳᵉ côte dorsale thoracique qui paraît alors se terminer en Y couché. Les côtes de la 3ᵉ classe, encore plus longues, sont parallèles à la 1ʳᵉ côte dorsale et viennent s'unir à sa partie antérieure soit par un ligament, soit par synostose. Enfin les côtes de la 4ᵉ classe sont complètes ; elles possèdent un cartilage qui vient se terminer soit sur le sternum soit plutôt sur le cartilage de la 1ʳᵉ côte dorsale.

Les symptômes causés par les côtes surnuméraires nous sont expliqués par les *rapports* que présentent les organes du cou avec ces côtes. L'artère sous-clavière passe en avant de la côte, si elle est courte, au-dessous, si elle est longue, elle décrit alors une courbe très accusée, quelquefois un véritable angle, et Murphy l'a vue aplatie. Le récurrent droit peut être comprimé dans ces cas. La veine sous-clavière reste ordinairement à une certaine distance de la côte. Le plexus brachial passe au-dessus de la côte avec l'artère. Les racines inférieures peuvent quelquefois être comprimées. Le sommet du poumon et le dôme pleural sont souvent adhérents à la côte.

Les *signes fonctionnels* se résument en un mot : *compression*, qu'elle soit artérielle, veineuse ou nerveuse. Ils peuvent manquer puisque Borcherath estime à 5 ou 10 % la proportion des cas qui s'accompagnent de symptômes. La compression, quand elle existe est tantôt permanente, tantôt passagère. Pour expliquer ces troubles, on a invoqué un accroissement de la côte, une fixité plus grande et une diminution de l'espace costo-claviculaire : la sclérose de l'artère sous-clavière peut agir comme cause favorisante ; souvent on a noté un traumatisme.

Les *troubles nerveux* par compression du plexus brachial sont les plus fréquents de tous : douleur lancinante ou névralgique irradiant du cou jusqu'au coude ou à la main, le plus souvent du côté cubital ; hypoesthésie et même anesthésie de tous les muscles de la sensibilité, parfois réaction de dégénérescence. Il existe parfois une atrophie musculaire toujours plus marquée à l'éminence thénar ou hypothénar et débutant par elle, mais pouvant aussi affecter les inter-osseux et donner la main en griffe. Les muscles du bras et de l'avant-bras peuvent être également atrophiés, ce qui entraîne une impotence fonctionnelle manifeste.

Dans certains cas les malades éprouvent des fourmillements et des douleurs articulaires des doigts. Ceux-ci ont souvent un aspect cyanotique. Della Vedova a rapporté le cas d'une femme de 20 ans dont les doigts de la main droite présentaient une éruption de vésicules à contenu limpide, véritable trouble trophique.

La *compression de l'artère sous-clavière* entraîne assez souvent la disparition du pouls radial : l'ischémie du membre est très marquée. On a observé aussi la thrombose de l'artère par ralentissement de la circulation et on peut alors sentir l'artère comme un cordon dur non pulsatil. Mais rarement, même en ce cas, la gangrène est la conséquence de l'ischémie.

Rare est *l'œdème* par compression veineuse.

On a noté aussi parfois des signes de compression du *sympathique* cervical, de la *dysphagie* par spasme œsophagien dans un cas, de la *raucité de la voix* par irritation du récurrent, des *spasmes cloniques du diaphragme* par irritation du phrénique (Hunt).

Quand on y pense, ces signes doivent attirer l'attention sur la possibilité d'une côte cervicale et l'examen physique confirme le diagnostic,

L'*inspection* et surtout la *palpation* montrent l'existence d'une tumeur osseuse dure, immobile ordinairement, au-dessus de laquelle bat un gros vaisseau. A l'*auscultation* il peut exister un bruit artériel qui ne se propage pas ; le thrill est très rare, mais surtout la *radiographie* confirmera le *diagnostic*.

On évitera ainsi l'erreur avec les différentes affections

(1) Sawyer. — Cervical ribs. *Quaterly bull. of northwestern univers med. school.*, mars 1910.
Plummer. — *Two cases of operative removal of cervical ribs. Ibidem.*

qui peuvent simuler les symptômes que nous venons de rappeler : cal exubérant de la clavicule, exostoses de la clavicule ou de la côte. On éliminera la maladie de Raynaud ou les atrophies musculaires d'origine centrale, la crampe des écrivains, la scoliose congénitale, un anévrisme de l'artère sous-clavière

Quant au *traitement*, il est nul dans les cas sans symptômes, mais, parfois la douleur et les troubles fonctionnels sont si marqués que le malade réclame lui-même une opération qui consiste en une résection de la côte, qui devra être, extrapériostée, si on veut éviter que l'os se reproduise. L'opération est souvent fort délicate, au point de vue technique ; car il faut éviter de léser une série d'organes importants, vaisseaux et nerfs, qui contractent, nous l'avons vu, des rapports importants avec la côte surnuméraire.

La mortalité est nulle et les résultats sont généralement satisfaisants ; l'amélioration est lente dans les cas d'atrophie accentuée, mais elle est ordinairement continue. Dans les 8 cas relatés par Sawyer, le résultat fut toujours excellent aussi bien au point de vue fonctionnel qu'au point de vue des troubles névralgiques. Dans les 2 cas de Plummer, où l'examen radiographique montra l'existence de côte cervicale bilatérale et de grandeur presque égale, on ne s'attaqua qu'à la côte droite. Chez un malade, les douleurs disparurent, mais l'impotence persista ; chez l'autre au contraire les troubles regressèrent avec une rapidité extraordinaire, et la fonction se rétablit très rapidement.

Burnier.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

(*Suite*) (1)

IV. — Responsabilité atténuée

M. *Simons* (Bruxelles), rapporteur. — Le droit pénal voit déclarer sa banqueroute parce qu'il repose sur la responsabilité humaine, alors qu'il devrait reposer sur le droit indiscutable de la Société à se défendre. La loi nouvelle sera l'agglomérat des défenses personnelles ; elle les rassemblera, les sublimera en les humanisant. Jusque-là on tournera dans un cercle vicieux.

Quand un individu aura commis un acte délictueux, on n'aura pas à s'inquiéter de savoir s'il est ou non sain d'esprit. On se contentera de l'éliminer de la Société pour le temps correspondant à l'acte commis. Après la sentence commencera le rôle de la médecine légale. Si le condamné est aliéné, il sera soigné comme tel.

Discussion.

M. *Sarda* (Montpellier). — Il y a dans la proposition de M. Simons, toute question de théorie mise de côté, deux choses que nous ne pouvons accepter, il me semble. La première, c'est que l'état mental d'un prévenu suspect d'aliénation ne soit examiné qu'après sa condamnation ; la seconde, c'est l'égalité devant la condamnation de l'aliéné et de l'homme sain d'esprit.

M. *Lattes* (Italie). — L'examen anthropologique donnera à M. Lebrun tous les renseignements qu'il veut obtenir avec son projet de fiche sanitaire : il aura ainsi les moyens de reconnaître les criminels par passion et ceux par lésions. Chez nous, au lieu d'entraîner une diminution de peine, la responsabilité atténuée a pour conséquence l'internement jusqu'au jour où il y a modification dans l'état psychique de l'individu.

M. *Vallon*. — Les théories de la responsabilité sont des conceptions qui ne regardent pas le médecin légiste, et dans lesquelles il n'a pas à entrer. Ce que l'on nous demande de dire, c'est si un individu est ou n'est pas sain d'esprit, s'il est ou non malade cérébralement. S'il n'y avait pas lieu de déterminer ce point spécial, le tribunal ne s'adresserait pas à un médecin.

Or il y a tous les intermédiaires entre la santé parfaite et la maladie, et, par suite, entre la responsabilité et l'irresponsabilité. C'est à cette série de cas que répond la responsabilité atténuée. On nous objecte que nous n'avons pas d'instruments pour peser la responsabilité : mais nous avons des mots, des qualificatifs, qui précisent la situation, tels que : « responsabilité profondément atténuée », ou « responsabilité légèrement atténuée », etc.

On reproche à la nature de la responsabilité atténuée qu'elle se traduit dans la pratique par une diminution de la durée de la peine, dont la conséquence est de remettre plus tôt en circulation des individus dangereux pour la société. Mais ce n'est envisager qu'un côté de la question, ou plutôt c'est l'envisager incomplètement. Certainement la société doit se défendre contre les individus tarés cérébralement. Le moyen n'est pas la prison ordinaire, mais des asiles spéciaux : « asile-prison », « asile de sûreté ». Peu importe le nom, pourvu qu'on ait la chose.

En France, les individus dont a parlé M. Lebrun, aiment mieux l'asile que la prison, ils y sont mieux, ils s'en évadent plus facilement. Il y a là un réel danger, provenant du manque d'un établissement intermédiaire entre la prison et l'asile d'aliénés, établissement d'où les individus ne pourraient sortir qu'après les conclusions favorables d'une nouvelle expertise.

En dernier lieu, du moment qu'on admet la responsabilité civile, pourquoi ne pas accepter la responsabilité criminelle ?

M. Bonnevie (Bruxelles). — Il me semble que M. Simons a été un peu loin. Il réduit la justice au rôle d'une machine éliminatoire et traite de la même façon l'aliéné et le coupable.

Quoi qu'il en dise, la responsabilité est une chose réelle ; nous en avons tous la conviction. Il ne suffit pas, pour la faire disparaître, de la mettre en discussion. Ne discute-t-on pas tous les jours la propriété, la morale ? Et cependant l'une et l'autre subsistent.

Il faut conserver la notion de responsabilité, d'autant que, plus l'on va, plus l'on examine le côté moral d'une affaire, et c'est ainsi qu'on est arrivé à doser la responsabilité et la pénalité. Mais il est profondément regrettable que, faute d'établissements spéciaux pour les individus à responsabilité atténuée, on soit dans l'alternative — pour défendre la société — de les envoyer à la prison ou à l'asile d'aliénés.

M. de Buschère (Bruxelles). — La durée de la peine ne doit pas être diminuée pour les demi-responsables ; elle doit simplement se faire ailleurs. Il n'y a pas lieu, non plus, de supprimer à leur égard le mot de « punir ».

M. Granjux. — M. Lebrun a demandé que les médecins des prisons aient des connaissances psychiatriques supérieures à la moyenne : il a raison, car on est supris du nombre considérable d'individus à psychisme troublé qui se trouvent dans les prisons. Cela tient, en grande partie, à ce que nombre de condamnés se trouvaient, lors de leur jugement, au début d'une affection, qui a passé inaperçue et qui évolue pendant la détention, à l'abri de toute constatation médicale. Il est donc désirable que le médecin d'une prison soit en état, non seulement de reconnaître, mais de dépister ces troubles mentaux.

Quant au projet de fiche sanitaire, je serai obligé au rapporteur de bien préciser si elle doit être tenue par le médecin ou par des non-médecins, si elle doit être ou non la propriété de l'individu. En France, nous n'acceptons la fiche sanitaire qu'autant qu'elle respecte le secret professionnel, et il me semble menacé, si j'ai bien compris le projet de M. Lebrun.

M. le Président. — La discussion étant épuisée, nous allons passer au vote des conclusions présentées par M. Lebrun.

M. Rocher. — Les conclusions présentées par notre collègue ne sont que l'application du principe de la responsabilité en matière criminelle. Or, le Congrès ne s'est pas prononcé d'une façon ferme sur cette question. Il me semble, d'après tout ce qui a été dit jusqu'alors, que l'opinion de ses membres est en majorité en faveur de la responsabilité ; mais je crois qu'il est indispensable, avant de passer à la discussion du texte proposé par M. Lebrun, que le Congrès dise nettement s'il admet ou non la responsabilité criminelle. Dans le premier cas, nous examinerons les propositions de notre collègue ; dans le cas contraire, la question sera tranchée *ipso facto*.

M. *Sarda*. — Il me semble que dans l'argumentation de M. Simons contre la responsabilité il y a une contradiction, puisque

(1) Voir les trois derniers numéros.

tout en niant celle-ci, il accepte que ce crime ou délit soit imputable à l'accusé.

D'autre part, en reculant l'examen mental après le jugement, il frappe des familles du déshonneur entraîné par la condamnation pour un fait infamant d'un de ses membres, alors que celui-ci sera reconnu ultérieurement atteint d'une maladie mentale. Or, la famille aurait été indemne de cette tare morale si l'inculpé avait été examiné dès le début de l'instruction. En somme, si l'opinion de notre collègue prévalait, on verrait des familles déshonorées du fait de la condamnation d'un aliéné. Cette seule considération suffirait pour faire écarter la proposition de M. Simons, car nous n'avons rien de plus cher que notre honneur familial.

M. *Vallon*. — Il est évident que nous ne pouvons passer à la discussion des conclusions de M. Lebrun qu'après avoir posé le principe de la responsabilité criminelle. Pour nous médecins, elle est indépendante de toute idée religieuse ou philosophique, mais elle est liée à l'état de santé ou de maladies d'ordre psychique, et je propose le texte suivant :

« *La question de la responsabilité pénale se réduit, en somme, pour le médecin à une question de santé ou de maladie cérébrale ; mais il y a des états intermédiaires entre la santé et la maladie, pour lesquels il y a lieu de prévoir la responsabilité atténuée* ».

Cette déclaration fut adoptée à l'unanimité, puis les différentes solutions proposées furent envisagées dans l'ordre suivant :

1° *Examen sommaire immédiat de tout délinquant et de tout criminel au début de l'instruction.*

Le Congrès a voté alors à l'unanimité la proposition suivante :

« *Il y a lieu de soumettre tout délinquant dont l'arrestation a été ordonnée à un examen psychique sommaire effectué immédiatement après l'arrestation.*

« *Cet examen sera fait par le médecin de la prison, qui en consignera le résultat sur une feuille de renseignements* ad hoc, *laquelle sera adressée immédiatement au magistrat.* »

2° *Connaissances psychiatriques nécessaires pour les médecins de prison.*

Cette proposition, qui est la conséquence logique des précédentes, n'a pas rencontré d'opposition. Un confrère belge a fait remarquer que tout docteur en médecine était réputé connaître la psychiatrie. On a répondu qu'on demandait simplement des connaissances supérieures à la moyenne. On a voté à l'unanimité le texte que voici :

« *Tout médecin de prison devra justifier à l'avenir de connaissances psychiatriques.* »

3° *Remise à l'autorité judiciaire du soin de prononcer la mise en liberté d'un aliéné criminel.*

M. Vallon signale qu'en France des criminels, reconnus aliénés, déclarés irresponsables et envoyés dans des asiles par l'autorité judiciaire, sont mis en liberté par l'autorité administrative sans que celle-là soit consultée ou avisée. A la suite de ces sorties, ces individus recommencent leurs actes délictueux. Ces errements sont un danger pour la société.

Les mêmes faits, dit M. Héger Gilbert, se passent en Belgique. Des inculpés reconnus aliénés à Bruxelles sont envoyés dans des asiles de province, où ils sont libérés, sans que le tribunal en soit avisé. M. Lebrun cite le cas typique d'un étranger qui s'est trouvé dans ce cas à plusieurs reprises !

M. de *Rycken* estime qu'on ne saurait donner à l'autorité judiciaire le pouvoir de libérer des aliénés, parce que les magistrats sont des incompétents.

M. *Lebrun* rappelle que les magistrats ont justement, pour les éclairer, les experts, et que c'est sur le vu d'un certificat médico-légal qu'ils se décideront.

M. *Granjux* fait remarquer que la proposition en question est l'expression de cette pensée, que le tribunal qui a fermé sur un criminel les portes d'un asile d'aliénés a seul qualité pour les lui ouvrir.

La proposition suivante est alors votée à l'unanimité :

« *Dans le cas où un prévenu aura été colloqué dans un asile, il ne pourra être mis en liberté qu'avec l'autorisation de l'autorité judiciaire qui a ordonné la collocation, et conformément aux conclusions médico-légales d'une nouvelle expertise.* »

4° *Le sort des individus à responsabilité atténuée.*

Le Congrès a été saisi, tout d'abord, d'une proposition de M. Lebrun disant que les individus à responsabilité atténuée subiraient leur peine dans une prison et seraient ensuite enfermés dans un asile.

M. *Vallon* a objecté qu'au point de vue médical on ne pouvait accepter cette solution, qui consisterait à ne soigner le malade qu'après que la détention aurait agravé son état.

M. *Granjux* a fait remarquer que la proposition de M. Lebrun heurte ce que l'on appelle le bon sens public. Un individu ne peut pas être tout à la fois justiciable de prison et de l'asile d'aliénés. Si ce dernier établissement le réclame, c'est de suite qu'il doit y entrer. Si l'on votait la mesure qui est proposée, on aurait contre soi l'opinion publique.

M. de *Laveley* (Bruxelles) est de l'avis de M. Granjux ; il y a des courants qu'on ne peut pas remonter. Dans l'espèce, ce serait heurter l'opinion générale et se vouer à un échec.

M. *Granjux*. — Je crois que rien ne saurait prévaloir contre le bon sens public. L'opinion publique comprend les magistrats, les députés, les sénateurs, et il est impossible de leur demander de voter des mesures contre lesquelles s'élèvent leur intelligence et leur conscience.

Le Président met alors aux voix le texte suivant, qui est adopté à l'unanimité ;

« *Dans le cas où la responsabilité serait considérée comme atténuée le juge appliquera la peine en rapport avec le plus ou moins de responsabilité du délinquant ; mais la peine sera subie dans un asile spécial.*

« *A l'expiration de sa peine le condamné à responsabilité atténuée sera soumis à une nouvelle expertise médicale, et, suivant le résultat de l'expertise, sera mis en liberté ou placé dans un asile d'aliénés.*

5° *Casier sanitaire.*

M. de *Rycken* propose au nom de M. *Dewez* et au sien, le texte ci-dessous.

Il y a lieu de créer un casier sanitaire personnel, organisé par les soins des administrations communales, et contenant pour chaque citoyen tous les renseignements utiles relatifs à la personnalité physique et psychique, la révélation de ces renseignements devant être obligatoire pour tous ceux qui les détiennent, à partir de la naissance de l'enfant.

M. *Lebrun* fait remarquer que cette proposition est en contradiction avec le secret professionnel.

M. de *Rycken* répond que le secret médical doit s'incliner devant l'intérêt général ; que c'est du reste, ce qui a lieu avec la loi française sur la déclaration des maladies contagieuses, et qu'il n'y a pas de raison pour ne pas suivre cet exemple.

M. *Granjux* objecte que, en France, la loi sur la déclaration des maladies contagieuses n'est pas appliquée, en réalité, parce qu'elle s'est heurtée à la conscience médicale.

ANALYSES

A propos de la méningite cérébro-spinale, la question des porteurs de germes; par MM. Mayer, Waldmann, Furst, Gruber. (*Munch. med. Wochenschrift*, 26 juillet 1910, n° 30, p. 1584.)

Les auteurs critiquent les notions généralement admises aujourd'hui sur les porteurs de germes et leur rôle dans la propagation de la méningite cérébro-spinale. Leurs conclusions sont passibles de critiques : il n'en est pas moins intéressant de relater les faits qu'ils ont observés et les déductions qu'ils en tirent.

Sur 9111 soldats de la garnison de Munich examinés en une seule fois en dehors de toute période épidémique et qui ne présentaient aucun phénomène pathologique, ils ont trouvé 158 porteurs de méningocoques, soit 1.73 p. 100. 1911 soldats ont été examinés plusieurs fois, le nombre des porteurs fut proportionnellement plus élevé, atteignant 2.46 p. cent.

Les auteurs en concluent que le méningocoque peut se rencontrer dans la gorge de tout homme sain dans une proportion de 2 p. 100 (sur plus de 1.100 examens).

L'*ubiquité du méningocoque* enlèverait ainsi tout intérêt à la recherche systématique des porteurs de germes.

Les recherches des auteurs pratiquées en période épidé-

mique ont montré qu'il n'y a point de lien entre le nombre des porteurs de méningocoques et le nombre des méningitiques. Ainsi dans la caserne Max II, le nombre des malades fut le plus élevé (7 p. 1000), le nombre des porteurs le plus faible. Dans chaque groupe militaire, la répartition des porteurs ne fut nullement en rapport avec le nombre des malades, ainsi telle compagnie épargnée par la méningite comptait de nombreux porteurs de germes, alors que la compagnie voisine, où il y avait des malades, n'avait point de porteurs de germes. Le deuxième argument contre l'intérêt que présentent les porteurs de germes, est donc la *répartition hors de rapport avec celle des malades.* Une expérience a même montré le bien-fondé de cette notion : sur les 158 porteurs de germes décelés par les auteurs, 49 ont été isolés, 109 sont restés au milieu de leurs camarades et il n'y eut pas un seul cas de méningite cette année, alors que l'année précédente (1909), malgré l'isolement des porteurs, l'épidémie fit des ravages dans la ville et la garnison de Munich.

Les précautions prises contre les porteurs ont donc été inutiles.

Il semble donc, disent les auteurs, que la lutte contre les porteurs de germes si fructueuse contre la fièvre typhoïde et le choléra, soit pratiquement et théoriquement inutile vis-à-vis de la méningite cérébro-spinale. R. Debré.

Sur les neuroses traumatiques, par le Dr Erben. (*Mediz. Klinik,* n° 32, 1910).

Le privat-docent Erben, de Vienne, a souvent constaté dans sa pratique de médecin-légiste qu'on a tendance à confondre sous la dénomination de « neuroses traumatiques », tous les symptômes qu'on peut rencontrer chez les blessés : atrophie musculaire, gastralgie, faiblesse musculaire, etc. Or, pour ne prendre que le symptôme « douleur » bien des blessés peuvent tromper.

Il ne faut croire qu'à la douleur à la pression digitale en des endroits circonscrits et déterminés, telle l'émergence du nerf sciatique, etc.

Trop de médecins délivrent à cet égard des certificats non probants parce qu'insuffisants.

Comment reconnaître une véritable neurose chez l'accidenté du travail ? Par de tous petits écarts de la normale ; par exemple par l'angoisse, l'animation quand il raconte son accident, la larme facile, etc., par l'excitabilité exagérée, les réflexes, etc.

Quant au *shock* il peut provenir d'une grande frayeur ou d'une forte angoisse, mais aussi d'une légère peur chez les personnes émotives ou prédisposées au point de vue nerveux.

Mais en dehors du shock, il peut exister une neurose réelle par le seul fait de la loi sur les accidents du travail, et de son application. On reconnaît en particulier cette « neurose de la rente », en ce que le blessé ne manifeste pas de symptôme nerveux après l'accident, mais parfois longtemps après, après avoir repris son travail. Mais il importe que cet intervalle de temps existe, entre l'accident et l'apparition de la neurose. Il faut, pour éviter cette neurose, abréger la procédure et indemniser en capital.

Les blessés atteints de neurasthénie traumatique seront traités par la psychothérapie systématique, mais non par la suggestion hypnotique. Il faut les encourager, les traiter avec sympathie, avec une fermeté douce et pleine d'espoir, au besoin par la pharmacodynamie.

BIBLIOGRAPHIE

L'année psychologique (16e année) publiée par M. Alfred Binet. (Un volume in-8 de 500 pages, Masson, éditeur, Paris, 1910.)

Comme ceux qui l'ont précédé, ce volume contient des mémoires originaux dont la variété et l'intérêt méritent d'attirer l'attention de tous ceux qui s'intéressent à la psychologie physiologique.

Ce volume sera particulièrement consulté par les médecins en raison des importantes études qu'il contient sur les principaux états de l'aliénation mentale.

MM. Binet et Simon ont étudié en commun l'hystérie, la folie avec conscience, la folie maniaque dépressive, la folie systématisée, les démences, l'arriération : cette collaboration d'un médecin aliéniste et d'un psychologue a permis aux auteurs de préciser quelques-unes des particularités mentales de ces affections.

Le point de départ est clinique : c'est l'observation préalable du malade qui sert de base aux raisonnements et aux considérations en psychologie ; aussi le résultat s'en ressent-il. C'était une qualité qui faisait souvent défaut à de précédents travaux de M. Binet et je suis très heureux de ne pas avoir cette critique à lui adresser aujourd'hui.

Certes quelques-unes des conclusions sont peut-être un peu schématiques ; parfois elles n'affirment pas des faits bien nouveaux. Mais ce qu'il faut retenir de ces travaux qui occupent plus de 300 pages, c'est l'excellence de l'observation, de la méthode, de la critique, c'est la perfection de l'exposé. On retrouve la netteté et la clarté de tous les ouvrages de M. Binet, deux qualités trop souvent absentes dans les livres de beaucoup de psychologues !

A côté de ces mémoires sur l'aliénation mentale signalons un mémoire de M. Binet sur les signes physiques de l'intelligence chez les enfants, où il arrive à cette conclusion (que j'ai moi-même soutenue et bien souvent) que les signes extérieurs n'ont qu'une valeur secondaire dans l'évaluation du niveau mental.

Signalons encore une excellente et originale critique sur Rembrandt (par A. et A. Binet), ne s'appuyant que ce qu'ils voient et repoussant toute impression ; ils résument ainsi la manière de ce génie : pour Rembrandt tout objet éclairé se comporte comme un objet éclairant, qui pénètre de ses rayons les ombres voisines et contribue ainsi à nous donner la sensation de la vraie lumière.

En dehors de ces travaux existent dans ce volume un mémoire de M. Bourdon sur les recherches tachistoscopiques ; un mémoire de M. Binet sur le diagnostic judiciaire par la méthode des associations et un grand nombre d'analyses bibliographiques. G. Paul-Boncour.

Le crime devant la science, par le Dr Wahl, médecin en chef des Asiles publics d'aliénés. 1910. Un vol. in-18 de l'Encyclopédie internationale d'Assistance, Prévoyance, Hygiène sociale et de Démographie.

M. le Docteur Wahl a traité le côté biologique de la question du crime ; après avoir donné les diverses définitions du crime en droit naturel ou pénal et montré l'évolution de l'idée de crime suivant les races, les milieux, les époques, il montre l'évolution corollaire du concept de la pénalité.

Il nous expose ensuite la genèse au cours du siècle, de la conception psychiatrique des responsabilités limitées, atténuées, mitigées, etc. Les classifications nosographiques et anthropologiques soulèvent le problème de l'augmentation progressive du nombre des dégénérés et aliénés. Il étudie à ce propos les stigmates physiques et psychiques divers et les théories lombrosiennes sur les criminels-nés ; les anomalies de développement psychique et les phénomènes de contagion mentale sont successivement exposés, puis l'état actuel de la question dans le droit français et en législation comparée amène à la discussion de l'article n° 463 du Code pénal.

La critique des systèmes pénitentiaires actuels et des réformes proposées termine cette étude qui sera suivie d'une étude sur les criminels considérés au point de vue social et en dehors de la pathologie mentale.

Bien que des livres de ce genre aient souvent été publiés, il est juste de dire que l'auteur a su considérer la question à un point de vue nouveau et juger les faits avec un sens critique véritablement scientifique. Les criminalistes feront bien d'en prendre connaissance. G. Paul-Boncour.

Traitement de la sciatique (*Consultations médicales françaises,* fascicule XIX), par le Dr Paul Sainton, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 20 pages (A. Poinat, éditeur, 11, rue Dupuytren, Paris.) Prix : 0 fr. 50 franco ; abonnement annuel (12 fascicules): 4 francs.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

L'évolution des connaissances sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale;

Par Henri VERGER,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux.

Après avoir paru un moment fixée sur des bases expérimentales et cliniques assez solides pour permettre l'élaboration d'une doctrine physiologique définitive, la question de l'hémianesthésie cérébrale entre dans une phase nouvelle qu'il est utile de connaître, puisqu'en cette matière les progrès dans l'utilisation clinique des symptômes vont de pair avec l'accroissement et la plus grande précision de nos connaissances sur la physiologie du cerveau.

Dans les dernières années du siècle précédent, à la suite des travaux des physiologistes sur les effets de l'ablation des zones excitables du cerveau des mammifères, travaux considérables dont nous avons fait ailleurs l'analyse et la critique (1), les neurologistes furent amenés à étudier de plus près les troubles de la sensibilité chez les hémiplégiques par lésion cérébrale. Tripier (2) en France, Petrina (3) et Lisso (4) en Allemagne, Mott (5) en Angleterre, Dana (6) en Amérique, furent les initiateurs de ce mouvement qui aboutit à montrer la grande fréquence des troubles sensitifs dans les lésions corticales et leur physionomie clinique spéciale. La formule définitive en fut fixée par Déjerine en 1899 (7) ; la thèse de Long (8) et le mémoire que nous avons publié en 1900 ne firent que confirmer et amplifier ses conclusions (9).

Cette formule est aujourd'hui classique et peut se résumer dans les termes suivants : troubles sensitifs prédominant au niveau des extrémités et principalement de la main et comprenant, par ordre d'importance et d'intensité croissantes : l'hypoalgésie, l'hypoesthésie tactile, la perte de la localisation des contacts ou des excitations douloureuses (topoagnosie), la perte de la notion de position segmentaire des membres, la perte de la reconnaissance des objets par le toucher (stéréoagnosie), tous troubles tendant à l'amélioration spontanée dans un temps plus ou moins long et disparaissant dans l'ordre qui vient d'être donné. La conception de l'ancienne hémianesthésie totale et complète de Turk et de Charcot était controuvée ; du moins, il était et il reste démontré que cette forme d'anesthésie où l'analgésie est le symptôme dominant et qui s'étend avec une égale intensité à toute une moitié du corps, quand elle coexiste avec une hémiplégie organique, doit être rapportée à l'hystérie coorganique. A la vérité, dans les premiers jours d'une hémiplégie, l'analgésie peut être très marquée, mais il s'agit là d'une forme transitoire que nous avons proposé d'appeler hémianesthésie pseudo-hystérique.

L'ensemble de ces données cliniques paraît aujourd'hui solidement établi et ne donne plus matière à contestation. Il n'en est pas tout à fait de même des données anatomo-physiologiques qui semblent en découler.

Ces faits cliniques en effet ruinaient d'une façon en apparence définitive les conceptions anciennes des centres moteurs et sensitifs absolument distincts. En harmonie avec eux, à la conception de la zone rolandique exclusivement motrice de Charcot, se substituait la conception de la *zone sensitivo-motrice*, dans laquelle les deux circonvolutions contenant les régions excitables étaient tout à la fois le lieu d'arrivée des fibres centripètes de la sensibilité générale et le point de départ du faisceau moteur centrifuge. La doctrine nouvelle trouvait sa justification dans deux postulats, l'un expérimental et clinique, l'autre psycho-physiologique. Le premier se tirait de la coexistence, dans les lésions de la zone rolandique, des troubles moteurs et des troubles sensitifs et se résumait dans l'aphorisme : pas d'anesthésie sans paralysie. Le second pouvait se formuler ainsi : la conception d'un mouvement volontaire donné comprend nécessairement celle des impressions sensitives anciennes qui en constituent l'image mentale et des impressions sensitives actuelles qui permettent le contrôle incessant de son exécution. L'union physiologiquement nécessaire de la sensibilité et de la motricité expliquait l'union anatomique des centres sensitifs et moteurs. Le rôle primordial des phénomènes sensitifs dans l'exécution des mouvements volontaires trouvait son expression dans les termes de « Fuhlsphœre » (Munk) et de « centres kinesthésiques » (Bastian) appliqués à la zone rolandique.

Mais la méthode anatomo-clinique, à côté des hémianesthésies par lésion corticale, montrait des hémianesthésies par lésions centrales. Reprenant la vieille théorie anglaise de Todd et Carpenter, Déjerine et Long montraient que le *carrefour sensitif* de Turk et Charcot n'existait pas en réalité, que le faisceau sensitif venait s'interrompre dans le thalamus où existait un neurone de relai, et que les fibres qui le continuaient vers l'écorce rolandique passaient mélangées aux fibres motrices dans toute l'étendue du bras postérieur de la capsule interne. Déjerine, Long et nous-même étions d'acord pour reconnaître la complète similitude des hémianesthésies corticales et centrales et, partant, l'impossibilité d'un diagnostic différentiel par leurs seuls caractères intrinsèques.

II

Les faits nouveaux qui tendent à modifier, au moins partiellement, la conception physiologique et clinique dont nous venons de rappeler les grandes lignes, sont d'ordre expérimental, histologique et anatomo-clinique.

1° *Expérimentalement*, dès 1901, Grümbaum et Sherrington, opérant sur des singes : orangs, chimpanzés et gorilles, montraient que la circonvolution pariétale ascendante était inexcitable par des courants suffisants à provoquer une réaction motrice quand ils étaient appliqués sur la frontale ascendante (1).

La revue des cas d'excitation électrique du cerveau chez l'homme telle qu'elle résulte des articles de Beevor et

(1) Henri VERGER. — Les anesthésies consécutives aux lésions de la zone motrice. *Thèse de Bordeaux*, 1897.

(2) TRIPIER (de Lyon). — De l'anesthésie produite par les lésions des circonvolutions cérébrales. *Revue de médecine*, 1880, n°ˢ 1 et 2.

(3) PETRINA. — *Sensibilitatsstorungen bei Hirnrindenlæsionen. Zeitsch. f. Heitkunde*, t. II, p. 375, 5 décembre 1881.

(4) LISSO. — *Zur Lehre von der localisation des Gefuhls in der Grosshinrrinde*. Berlin, 1882.

(5) MOTT. — *British med. journal*, 1893, t. II, p. 685.

(6) DANA. — *The localisation of cutaneous and muscular sensation and memories. American journal of nervous and mental diseases*, december 1894.

(7) DÉJERINE. — Sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale. *Semaine médicale*, 20 juillet 1899, p. 249.

(8) LONG. — Les voies centrales de la sensibilité générale. *Thèse de Paris*, 1899.

(9) Henri VERGER. — Sur les troubles de la sensibilité générale consécutifs aux lésions des hémisphères cérébraux, chez l'homme. *Archives générales de médecine*, novembre et décembre 1900.

(1) GRÜMBAUM et SHERRINGTON. — Aires motrices du cerveau anthropoïde. Congrès de physiologie de Turin. 1901. *Proced of the Royal Society*, vol. LXIX, 1901, p. 206.

Horsley (1), de Lamacq (2), de Mills et Frasier (3), de C. et O. Vogt (4), de Cushing (5) confirme pleinement ces résultats et on peut aujourd'hui considérer comme démontrée la limitation de l'aire excitable du cerveau à la frontale ascendante, à peu près exclusivement.

2° *Les faits histologiques* viennent à l'appui de cette manière de voir. D'une part, en effet, les recherches de Brodmann (6) et de Campbell (7) aboutissent à montrer une différence histologique importante entre les deux circonvolutions rolandiques ; F A seule contiendrait des cellules pyramidales géantes de Betz, éléments qui sont généralement considérés comme les cellules d'origine du faisceau pyramidal. D'autre part Probst (8), Campbell (9), Rossi et Roussy (10) ont trouvé que les lésions corticales de la sclérose latérale amyotrophique affectaient presque uniquement la frontale ascendante ; la pariétale ascendante ne montrant que quelques rares fibres dégénérées uniquement décelables par la méthode de Marchi.

La seule conclusion possible est l'hétérogénéité fonctionnelle de la zone sensitivo-motrice et l'étroite localisation de la zone d'origine du faisceau pyramidal. Toutefois, cette conclusion ne pourrait être rigoureusement prouvée que par la constatation de l'absence de toute dégénération descendante consécutive aux lésions limitées de la pariétale ascendante sans aucune participation de la frontale ascendante. Il n'existe à l'heure actuelle aucun cas de ce genre absolument pur. Dans une observation récente de Pastine, la lésion qui en surface paraissait limitée à la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante et à la partie tout à fait antérieure du lobule pariétal inférieur fusait dans la profondeur en avant et atteignait la substance blanche sous-jacente à la circonvolution frontale ascendante. Cependant, dans ces conditions la proportion de fibres pyramidales dégénérées dans la capsule interne, la protubérance et le bulbe était assez peu importante par rapport à l'étendue du foyer cortical et l'auteur aboutissait à la conclusion suivante : « Si l'on ne peut pas, en se basant surtout sur les observations anatomo-cliniques, exclure d'une façon absolue la circonvolution pariétale ascendante de la zone corticale motrice, on peut sûrement lui attribuer une part très minime à côté de la circonvolution frontale ascendante» (11).

Encore que ces conclusions ne paraissent avoir avec la question de l'hémianesthésie qu'un rapport indirect, on voit cependant qu'elles tendent à détruire la doctrine d'une zone sensitivo-motrice en créant dans celle-ci une zone motrice pure, ce qui remet en question toute la psycho-physiologie des mouvements volontaires. Van Gehuchten résume sur ce point la doctrine nouvelle : « Toute la partie située en arrière du sillon de Rolando, c'est-à-dire la circonvolution centrale postérieure et la partie correspondante du lobule paracentral, est une *zone de sensibilité* : la zone de projection corticale de la sensibilité générale aussi bien superficielle que profonde. La partie de la zone sensitivo-motrice située au-devant du sillon de Rolando, c'est-à-dire la circonvolution centrale antérieure et la partie correspondante du lobule paracentral, préside exclusivement à des fonctions motrices » (1).

3° Les faits cliniques sont-ils complètement d'accord avec cette doctrine dont nous avons vu les points de départ, purement expérimentaux et histologiques ? C'est ce qu'il nous faut maintenant examiner. Il n'est pas douteux en effet qu'en matière de physiologie cérébrale, le critérium ultime reste constitué par l'observation rigoureuse et précise du déficit fonctionnel qui suit l'ablation des zones considérées.

Dans les dernières années du siècle précédent on admettait généralement l'existence d'une relation étroite entre les troubles hémiplégiques et les troubles sensitifs principalement les troubles du sens musculaire. En 1897 j'étais arrivé à cette conclusion que « les troubles kinesthésiques et du toucher actif sont d'autant plus durables que la paralysie a plus de tendance à rester stationnaire (2) et en 1899 Long écrivait : « La perception de l'attitude semble altérée surtout dans les hémiplégies intenses et s'améliore avec la motilité » (3).

Ces deux propositions, confirmatives de l'aphorisme « pas d'anesthésie sans paralysie », n'étaient exactes que partiellement. En 1900, je faisais remarquer qu'il fallait, dans les observations d'hémiplégie ancienne, distinguer deux groupes : d'un côté le groupe des hémiplégies permanentes anciennes où l'hémianesthésie du début tend vers l'amélioration pour se réduire en fin de compte à l'altération de la notion de position des doigts, et d'un autre côté le groupe des malades dont l'hémiplégie a regressé d'une façon très nette, qui n'ont plus qu'une très légère parésie motrice, avec des troubles fonctionnels qui sont bien plutôt d'origine sensitive que d'origine motrice proprement dite. L'anesthésie peut dans ces cas dominer complètement la scène au point de vue fonctionnel (4).

Cette notion d'un syndrome presque purement sensitif survivant à une hémiplégie transitoire et qu'on peut appeler hémiplégie sensitive résiduelle, est maintenant admise par tous. Habituellement on constate un certain degré d'hypoesthésie tactile, des troubles du sens musculaire avec ataxie des mouvements volontaires et de la stéréo-agnosie très marquée. Plus rarement comme dans ce que Wernicke a appelé la paralysie tactile, le trouble fonctionnel se réduit à la stéréo-agnosie, au moins à première apparence, car un examen approfondi montre toujours quelques troubles sensitifs légers au niveau des doigts.

Les premiers faits anatomo-cliniques de ce genre sont restés classiques. Ce sont ceux de Wernicke (5) et de Dubbers (6), où la paralysie tactile correspondait à une petite lésion de la partie moyenne de la circonvolution pariétale ascendante. D'autres observations similaires avaient conduit à l'idée d'un centre spécial pour le sens stéréognostique, centre que Williamson (7) plaçait dans le lobe pariétal en arrière de P. A.

(1) Beevor et Horsley. — *Philosophical transactions of the Royal Society*, 1890.
(2) Lamacq. — *Archives cliniques de Bordeaux*, 1897, p. 491.
(3) Mills et Frasier. — *University of Pensylvannia medical Bulletin*, 1905, p. 134.
(4) C. et O. Vogt. — *J. für Psychiatrie und Neurologie*, 1907, Bd. 8, p. 277.
(5) Cushing. — Brain, 1909, p. 44.
(6) Brodmann. — *Neurologisches Centralblatt*, 1901, p. 669. — *J. für Psychologie und Neurologie*, bd. III, 1903.
(7) Campbell. — Etude histologique des localisations cérébrales. *Proceed of the Royal Society*, LXXII, 1904.
(8) Probst. — *Sitzung der kais. Akad der Wissenschaften Wien.*, CXII Band. Abteil III, 1903, p. 683.
(9) Campbell. — *Loc. cit.*
(10) Rossi et Roussy. — Contribution à l'étude des localisations motrices corticales. *Revue neurologique*, 1907, p. 785.
(11) Pastine. — Contribution anatomo-clinique à l'étude topographique de la zone motrice corticale. *Encéphale*, 10 juillet 1909, p. 51.

(1) Van Gehuchten. — Les centres nerveux cérébro-spinaux. Anatomie normale et éléments de neuro-pathologie générale. Louvain 1908.
(2) H. Verger. — Troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie. *Archives cliniques de Bordeaux*, octobre 1897.
(3) Long. — *Loc. cital.*, p. 153.
(4) H. Verger. — *Loc. cit. Archives générales de médecine*, 1900, p. 575.
(5) Wernicke. — *Zwei Falle von Rindenlæsionen. Arbeiten aus der. psychiat. Klinik. in Breslau*, p. 32. 3?. Heft 2. Leipzig, 1895.
(6) Dubbers. — *Ein Fall van Tastlamung. Neurol. Centrablatt*, 1897, 61.
(7) Williamson. — *British. med. jour.*, 25 sept. 1897. *Ibid*, 9 décembre 18.9.

Pendant quelques années, un certain nombre de médecins pensaient attribuer à la stéréo-agnosie une valeur localisatrice pour les lésions pariétales. Cette opinion n'est plus guère admise aujourd'hui. Difficile à concevoir au point de vue psychologique, la doctrine d'un centre spécial pour un mode sensitif aussi complexe que le sens stéréognostique est aussi condamnée par l'observation. Outre que la stéréo-agnosie, comme on le verra, n'est pas propre aux lésions rétro-rolandiques, il n'existe aucun cas indiscutable de déficit isolé et primitif du sens stéréognostique sans autre trouble de la sensibilité superficielle et profonde. Félix Rose et Max Egger (1) d'une part, Vouters (2) d'autre part, en ont fait la démonstration complète.

Mais à cette conception trop étroite tend à succéder une doctrine plus rapprochée de la réalité, qui, s'appuyant d'une part sur les données expérimentales et histologiques rapportées plus haut et d'autre part sur quelques rares observations cliniques, admet l'existence d'un syndrome spécial des lésions du lobe pariétal. Pour Mills, ce syndrome pariétal se compose des termes suivants : hypoesthésie tactile, défaut du sens musculaire, ataxie, stéréo-agnosie (3) et il correspond aux hémiplégies sensitives résiduelles dont il a été parlé plus haut.

On a vu plus haut comment des neurologistes dont le nom fait autorité, comme V. Monakov et Van Gehuchten, ont accepté cette doctrine nouvelle et comment Van Gehuchten l'a formulée en termes physiologiques.

Or, s'il n'est pas douteux que le syndrome dit pariétal de Mills existe cliniquement, si on peut admettre que les troubles de la sensibilité atteignent leur plus grande intensité dans les lésions du lobe pariétal ; on ne saurait cependant tenir pour absolument exacte la formule de Van Gehuchten, qui dépasse de beaucoup les faits cliniques.

En effet, les observations de Mills et Weisenburg sont très critiquables en ce sens que les lésions ne sont pas étroitement localisées au lobe pariétal dans les observations avec autopsie. D'autre part, l'hémianesthésie se rencontre aussi dans des lésions corticales prérolandiques comme le démontre une observation récente d'Horsley qui a toute la valeur rigoureuse d'un fait expérimental (4). Horsley, chez un homme atteint de convulsions athétoïdes du bras, a pratiqué l'excision chirurgicale de toute la partie de l'écorce de la circonvolution frontale ascendante qui répondait à l'excitation électrique par des mouvements des différents segments du membre malade, en respectant soigneusement la circonvolution pariétale ascendante et les vaisseaux de la pie-mère qui s'y rendent. Il a donc fait l'ablation du centre proprement moteur du bras, sans toucher à ce qui est considéré comme centre sensitif. Or à la suite de cette opération, le patient, outre une paralysie motrice complète du bras, présenta des troubles de la sensibilité sous la forme classique de l'anesthésie corticale, anesthésie tactile légère, surtout nette au niveau des doigts, défaut de localisation des sensations tactiles et douloureuses, troubles de la notion de position des différents segments et stéréo-agnosie. La paralysie s'améliora rapidement, bien plus vite en tout cas que la stéréo-agnosie, qui persistait encore un an après l'opération.

Hoppe a de même vu la stéréo-agnosie accompagner des monoplégies par lésion limitée à la circonvolution frontale ascendante (1).

La doctrine qui tend à séparer complètement les deux circonvolutions rolandiques au point de vue fonctionnel ne tient pas compte de ces faits. Il apparaît que la frontale ascendante ne saurait être considérée comme ayant une fonction exclusivement motrice. La pariétale ascendante, encore qu'elle soit inexcitable par l'électricité, ne peut pas être privée absolument de tout rôle moteur puisque le fait d Horsley démontre que les mouvements volontaires réapparaissent même après l'ablation de toute l'écorce excitable de la frontale ascendante.

Il y a cependant dans ces idées nouvelles une part de vérité. Il est en effet certain que dans les lésions exclusivement prérolandiques, comme dans le cas d'Horsley, les troubles sensitifs sont à la fois moins intenses et moins persistants que dans les lésions rétro-rolandiques, et que d'autre part ces troubles sensitifs sont au maximum quand la lésion, comme dans la plupart des cas, atteint à la fois les deux circonvolutions centrales.

Il n'y a donc pas lieu de considérer à part une circonvolution motrice et une zone sensitive, mais bien de faire subir à la vieille doctrine de la zone sensitivo-motrice une légère modification de détail. Et les conclusions du mémoire d'Horsley me paraissent celles qui, dans l'état actuel de nos connaissances et en tenant compte de tous ces faits, se rapprochent le plus de la vérité. Les voici :

1° L'aire dite motrice de l'écorce du cerveau de l'homme est en réalité une aire sensorio-motrice :

2° Le gyrus præcentralis (Fa) est, chez l'homme, le siège de la représentation : 1) du tact, 2) de la localisation des sensations (topognosie), 3) du sens musculaire, 4) du sens articulaire, 5) de la stéréognosie, 6) de la douleur, 7) du mouvement.

3° Le gyrus post centralis fait partie, chez l'homme, du centre du bras ; la représentation sensorio-motrice y est de même ordre que dans le gyrus præcentralis, mais probablement son rôle pour la coordination sensorielle est plus important, tandis que son rôle moteur est de moindre importance au regard de celui du gyrus præcentralis.

4° Les cellules pyramidales géantes de Betz ne sont pas absolument nécessaires pour la production des mouvements volontaires.

5° Les mouvements volontaires peuvent être exécutés après l'ablation complète de la partie excitable du gyrus præcentralis correspondant au membre supérieur.

A ces conclusions toutefois, telles qu'elles sont formulées, une réserve doit être faite en ce qui concerne la localisation corticale des sensations de douleur. Tout en plaçant le centre dans la zone rolandique, Horsley lui-même fait remarquer en note que si l'intégrité de cette partie du cortex est nécessaire pour la perception consciente complète de la douleur, il faut admettre que la douleur peut être sentie dans d'autres parties du cerveau. Ceci est en harmonie avec le fait bien connu du peu d'importance des troubles de la sensibilité à la douleur dans les anesthésies corticales. En sorte que, tout en acceptant la doctrine d'une zone sensorio-motrice, il convient, comme je l'ai signalé à plusieurs reprises depuis 1897, de distraire la sensibilité à la douleur du groupe confus de la sensibilité générale. Il apparaît bien que dans la perception des sensations douloureuses l'écorce rolandique, principalement celle du lobe pariétal, n'intervient

(1) F. Rose et M. Egger. — Stéréo-agnosie et asymbolie tactile, *Semaine médicale*, 23 octobre 1908.
(2) Vouters.— Agnosie tactile. *Thèse de Paris*, juillet 1909.
(3) Mills et Weisenburg. — *The subdivision of cutaneous and muscular sensibility and of stereo-agnosis in the cerebral cortex. J. of nervous and mental diseases*, octobre 1906, p. 617.
— Mills. — Diagnostic différentiel entre l'hystérie grave et les maladies organiques du cerveau, en particulier du lobe pariétal. *J. of nervous and mental diseases*, juillet 1909, p. 407.
(4) V. Horsley. — *The function of the so-called motor area of the brain. British med. journal*, 17 juillet 1909.

(1) Hoppe. — Etude critique des fonctions sensitives de la zone motrice. *J. of. nervous and mental disease.* septembre 1909, p. 513, 517.

guère que pour localiser le point d'application de la cause algésiogène, peut-être par des sensations tactiles concomitantes. Mais en ce qui concerne le ou les lieux du cerveau où prend naissance la sensation brute de douleur, il faut convenir que nous ne sommes guère plus avancés qu'il y a dix ans.

En somme, de ce qui vient d'être exposé touchant les anesthésies corticales, il apparaît que les travaux récents et les observations nouvelles aboutissent à un progrès clinique qui est une explication anatomique plus précise des hémianesthésies indépendantes, au moins partiellement, des paralysies motrices ; mais la doctrine physiologique et psychologique des rapports de la sensibilité tactile et musculaire avec les mouvements volontaires reste intacte quoi qu'on en dise, et à ce point de vue les conclusions didactiques de Van Gehuchten apparaissent nettement exagérées et, en partie au moins, illégitimes.

III

La conception de l'hémianesthésie d'origine centrale a subi dans le même temps des modifications parallèles et de même sens à celles qu'on vient de voir pour l'hémianesthésie d'origine corticale. Ici encore ce sont les recherches anatomiques qui ont ouvert la voie avec les travaux de Dejerine et de ses élèves (1), de von Monakov (2), et tout récemment avec l'important travail de Ernest Sachs (3) fait à Londres dans le laboratoire de sir Victor Horsley.

Tous ces travaux aboutissent à un résultat concordant et démontrent que les fibres centripètes provenant du pédoncule se rendent dans les noyaux externes et centraux de la couche optique (outer division de Sachs), noyaux qui sont eux-mêmes en relation, chez l'homme et le singe, avec les circonvolutions centrales. Roussy a pu mettre ces fibres thalamo-corticales en évidence au moyen de la méthode de Marchi (4) chez le *macacus rhesus*.

E. Sachs, qui a étudié la dégénération après de toutes petites lésions thalamiques expérimentales, assigne aux mêmes fibres une disposition dorso-ventrale, celles qui viennent de la région faciale se placant dans un plan inférieur par rapport à celles qui viennent des membres. Pour gagner l'écorce, les fibres thalamofuges passent par la capsule interne et gagnent de là le pied de la couronne rayonnante, au moins pour la plus grande partie ; quelques-unes, d'après Roussy, après avoir traversé horizontalement la capsule interne, gagneraient les lames médullaires du noyau lenticulaire et s'infléchiraient ensuite pour devenir ascendantes. Le même auteur considère comme très vraisemblable l'existence de fibres qui, partant du thalamus, se rendent dans l'hémisphère du côté opposé en passant à travers le corps calleux.

Il est donc bien admis définitivement que le faisceau sensitif s'interrompt dans un neurome de relai au niveau du noyau externe du thalamus ; cette notion anatomique a été le point de départ de toutes les recherches expérimentales de ces dernières années.

Expérimentalement, Lo Monaco en 1897 (5), Sellier et nous-même (1) en 1898, Probst en 1902 (2), May, en 1905 (3), Roussy en 1907 (4), ont obtenu chez le chien et le singe des hémianesthésies du type classique après des destructions thalamiques par des procédés différents, hémanesthésies assez légères du reste et de courte durée (de 6 à 38 jours dans les expériences de Roussy). Dans tous ces cas, l'hémianesthésie suit la destruction de la partie externe ; l'hémianopsie, habituelle quand la lésion s'étend en arrière, manque dans les lésions limitées à la partie antérieure. Avec M. Sellier nous avons obtenu aussi des hémianesthésies par lésion destructive électrolytique de tout le tiers postérieur de la capsule interne (5). Tout récemment, d'Abundo a conclu de nombreuses expériences que le déficit sensitif consécutif aux lésions de la partie externe du thalamus était léger et fugace, tandis que ces mêmes troubles étaient beaucoup plus intenses quand la capsule interne était lésée en même temps (6), et partant il refuse d'admettre le rôle que les auteurs précités font jouer au thalamus dans la physiologie de la sensibilité générale. Il semble bien que cette dernière interprétation soit exagérée. Il est certain que les hémianesthésies thalamiques du chien sont légères et peuvent facilement passer inaperçues ; mais, à notre avis, on peut en dire autant des hémianesthésies capsulaires chez le même animal. Le caractère qui établit un certain contraste avec les faits de la pathologie humaine, aussi bien dans le domaine cortical du reste que dans celui des expériences sur les régions centrales, s'explique assez facilement. L'expérimentation procède toujours, même dans les méthodes sanglantes, d'une façon aveugle, et produit rarement, quand le thalamus seul est intéressé, des lésions étendues à toute la région sensitive, d'où les caractères de bénignité de l'hémianesthésie consécutive.

Quand les lésions atteignent la capsule interne, c'est qu'elles ont aussi plus de chances d'atteindre une plus grande partie du thalamus et par suite l'anesthésie est plus intense. Dans nos expériences avec la méthode électrolytique que nous avons employée les premiers et dont Roussy s'est servi, après nous, nous n'avons eu avec des lésions limitées que des anesthésies légères. Aussi il ne semble pas que les résultats obtenus par d'Abundo soient suffisants à remettre en question le rôle sensitif du thalamus ; mais de cette controverse il convient de retenir qu'en matière de physiologie des noyaux centraux, l'expérimentation reste un procédé de recherches très imparfait et qui n'a qu'une valeur indicative.

C'est avec cette réserve importante qu'il convient de comparer les faits expérimentaux aux faits cliniques ; ceux-ci restant l'argument le plus important de beaucoup. Or, ici les faits cliniques sont particulièrement nets. Déjérine et Roussy ont tracé le tableau clinique qui traduit les lésions thalamiques et où l'hémianesthésie occupe la plus large part (7) ; d'autre part, il existe des observations qui montrent ce syndrome dans des lésions purement thalamiques n'intéressant en aucune façon la capsule interne. De ce fait seul les objections de d'Abundo tombent et ne

(1) Dejérine et Long. — Sur les connexions de la couche optique avec la corticalité cérébrale. *Société de biologie*, 10 décembre 1898.
— *Id.* Sur la localisation de l'hémianesthésie dite capsulaire. *Société de biologie*, 24 décembre 1898.
(2). V. Monakow. — Untersuchungen über den Thalamus opticus. *Arch. für Psychiatrie*, 1895 Bd. XXVII, 386.
— Gehirnpathologie, Wien, 1897.
(3) Ernest Sachs. — On the structure and fonctional relations of the optic thalamus. *Brain*, 1909.
(4) Roussy. — La couche optique et le syndrome thalamique. *Th. de Paris*, 1907.
(5) Lo Monaco. — *Archiv. italiennes de biologie*, 1898, vol XXX, p. 198.

(1) Sellier et Verger. — *C. R. Société de biologie*, 1898, p. 522 et 1903, p. 485.
(2). Probst. — *Sitz. der. Wienn. Akad. der. Wissench.*, 1905. Bd. CXIV, Abteil., III, 173.
(3) P. May. — *In* Maun. On the optic thalamus. *British med. Journ.* 1905, vol. II, p. 119.
(4) Roussy. — *Loc. citai.*
(5) Sellier et Verger. — Hémianesthésies capsulaires expérimentales. *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 15 juillet 1899.
(6) D'Abundo. — La fisiopatologia del Talamo optico. 2° Congresso italiano di neurologia in Genova, 23 octobre 1909.
(7) Déjérine et Roussy. — Le syndrome thalamique. *Revue neurologique*, 30 juin 1906.
Roussy, *loc. citat.*

sauraient être prises en considération contre l'existence d'un syndrome proprement thalamique.

D'après Roussy, les termes du syndrome thalamique sont les suivants (Th. p. 350) :

1° Une hémianesthésie persistante à caractère organique, plus ou moins marquée pour les sensibilités superficielles (tact, douleur, température), mais toujours très prononcée par les sensibilités profondes ;

2° Une hémiplégie légère, habituellement sans contracture et rapidement régressive ;

3° De l'hémiataxie légère et de la stéréognosie plus ou moins complète ;

4° Des douleurs vives du côté hémiplégié, persistantes, paroxystiques, souvent intolérables et ne cédant à aucun traitement analgésique ;

5° Des mouvements choréo-athétosiques dans les membres du côté paralysé.

Dans ce tableau, les troubles moteurs sont en quelque sorte surajoutés et répondent à la lésion accessoire de la capsule interne, habituelle en pareil cas. Quant à l'hémianopsie, quand elle existe, elle relève de l'extension du foyer en arrière et de la destruction à ce niveau des radiations de Gratiolet ou du corps genouillé externe.

Les idées de Déjérine et de Roussy ont reçu des neurologistes une adhésion presque unanime et un assez grand nombre d'observations confirmatives ont été publiées de différents côtés (1).

Si l'on considère que l'hémianesthésie existe aussi comme symptôme surajouté à certaines hémiplégies centrales non régressives, ainsi que cela ressort des observations amoncelées en grand nombre dans ces dernières années, on voit que les découvertes nouvelles touchant le syndrome thalamique n'ont fait en somme, ainsi que cela s'est passé pour l'hémianesthésie corticale, que faire connaître une nouvelle variété clinique d'anesthésie sans paralysie, ou dans laquelle tout au moins l'anesthésie a une place prépondérante. Mais l'hémianesthésie cérébrale, quelle que soit son origine conserve son unité clinique, et le diagnostic topographique de la lésion corticale ou centrale qui lui donne naissance, n'est possible aujourd'hui encore que par des symptômes extrinsèques.

Le progrès des connaissances anatomo-cliniques est donc incontestable puisque d'ores et déjà il peut distinguer deux variétés dans les hémiplégies qui s'accompagnent de troubles de la sensibilité, suivant que les troubles moteurs ont le pas sur les troubles sensitifs ou inversement. On peut dès lors opposer l'une à l'autre les deux variétés cliniques suivantes d'hémianesthésie :

1° l'hémianesthésie classique surajoutée à une hémiplégie permanente ; elle tend à s'améliorer assez vite, dans l'espace de quelques semaines ou de quelques mois. Elle relève anatomiquement de lésions corticales étendues principalement du côté de la circonvolution frontale ascendante, ou de lésions centrales très étendues englobant simultanément une partie du thalamus et la capsule interne, ou qui, en respectant le thalamus, détruisent dans la capsule et dans la couronne rayonnante la plus grande partie des fibres thalamo-corticales ;

2° L'hémianesthésie du même type intrinsèque que la précédente, mais survivant à une hémiplégie légère et transitoire, et s'accompagnant de troubles moteurs ataxiques secondaires aux troubles sensitifs. Celle-ci relève soit de lésions corticales peu étendues principalement rétro-rolandiques ou de lésions thalamiques respectant ou effleurant seulement la capsule interne. Dans ce dernier cas, l'hémianesthésie s'accompagne de douleurs et de mouvements choréo-athétosiques, qui manquent dans les lésions corticales.

(1) Claude et Rose. — Néoplasme cérébral, début par hémianopsie, suivi, le mois après, par un syndrome thalamique avec hémiplégie. *Société de neurologie de Paris*, 7 janvier 1907.
Massalongo. — Les hémiplégies douloureuses et le syndrome thalamique de Déjerine et Roussy. *Il Policlinico* août 1907, p. 333-341.
Hartenberg. — Le syndrome thalamique, *Presse médicale*, 15 janvier 1908, p. 33.
Roque, Chalier et Cordier. — Syndrome thalamique, *Lyon médical*, 1908, p. 1051.
Lad. Hascovec — Sur la valeur de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. *Revue neurologique*, 1909, p. 154.
Roussy. — Syndrome thalamique, 2 cas avec autopsie. *Revue neurologique*, 1909, p. 301.
Roussy et Hanovee. — Syndrome thalamique pur et mixte *Revue neurologique*, 1910, p. 16.
B. Conos — Syndrome thalamique avec hémianopsie et troubles cérébelleux légers. *Encéphale*, 10 mai 1909, p. 468.
E. Long. — Deux observations anatomo-cliniques de syndrome thalamique. *Revue neurologique*, 28 juin 1910, p. 197.
Isador, H. Coriat. — Le syndrome thalamique. *J. of nervous and mental disease*, août 1909, p. 426.
W. Freiherr von Stauffenberg. — Deux cas d'hémianesthésie sans troubles de la motilité. *Arch. f. Psychiâtrie*, 1909, p. 683.
Rosaenda. — Une observation de syndrome thalamique pur. *Rivista neuropatologica*, 1909, p. 23.

Le tube digestif et ses annexes dans la fièvre de Malte (d'après 210 cas personnels).

Par le Dr Cantaloube (de Sumène).

Rien de particulier à la *langue* dans son aspect général. Sèche, rôtie, fuligineuse dans les formes malignes, elle est ailleurs indifféremment sèche ou humide, saburrale ou nette, rosée ou brunâtre ; aussi ne s'étonnera-t-on pas de la trouver « jolie » chez des individus fortement touchés, ou empâtée, épaisse dans des cas atténués. Souvent on distingue l'empreinte des dents sur ses bords.

Je n'aurai garde d'oublier une lésion que je ne vois signalée nulle part : l'*ulcération*, et dont je compte un seul exemple. Apparue en pleine période fébrile, chez une jeune fille atteinte de congestion pulmonaire violente, cette ulcération se présentait ainsi : Irrégulièrement circulaire, d'environ un centimètre de diamètre, située sur le bord droit et la face supérieure, à bords en partie décollés, à fond inégal, à peine douloureuse, non indurée, s'accompagnant d'un ganglion sous-maxillaire gros comme une noisette. Guérison en quinze jours.

Aucun contact de dent ne peut expliquer cette ulcération (1), dont ma cliente ne se doutait pas, et qui a disparu sans laisser de traces, après quelques attouchements à l'acide chromique. Peut-être aurait-elle aussi bien guéri spontanément.

Je passe sur quelques cas de *stomatite aphteuse* survenus au cours de la maladie ; je passe sur les *gingivites* relativement fréquentes, et qui dans les cas traînants, m'ont paru curieuses à cause du *liséré blanc nacré* qui les borde, enchâssant les dents.

Au *pharynx* on ne trouve guère qu'un peu de rougeur, parfois un gonflement des amygdales. Par exception, chez un malade de 25 ans la fièvre de Malte débuta par une angine intense avec dysphagie ; sur les amygdales tuméfiées et rouges, s'étalait par places une légère pellicule opaline. Petits ganglions sous-maxillaires ; ces phénomènes s'amendèrent en quelques jours. Je rappelle à ce propos la déglutition particulièrement douloureuse d'une fillette de 3 ans, atteinte en même temps de laryngite avec aphonie complète pendant deux mois. Le père de cette fillette fit de la paralysie du voile.

La *fétidité de l'haleine*, « le mauvais goût dans la bou-

(1) Bruce, sur 62 autopsies, a trouvé deux petites ulcérations ; l'une au cœcum, l'autre au côlon. Il n'a jamais vu de lésion des plaques de Peyer.

che » si souvent indiqués par les malades, dépendent probablement de troubles dyspeptiques. Ces troubles affectent diverses physionomies et modifiant l'appétit se compliquent de douleur épigastrique ou de vomissements.

L'*appétit* que j'ai trouvé nul 45 fois sur 142 cas, irrégulier 35 fois, bon 72 fois, varie depuis l'anorexie absolue jusqu'à la boulimie paradoxale. J'ai conté ailleurs l'histoire de ce jeune homme qui s'ingurgita une assiettée de haricots malgré une température de 39°6 C. J'en sais beaucoup de ce genre.

La *douleur épigastrique*, spontanée ou provoquée, existe très nette dans un tiers des cas au moins. Ailleurs, elle est inconstante et disparaît à certains jours pour reparaître à d'autres. Concurremment mais sans relation nécessaire se produisent des *vomissements*, vomissements surtout *matutinaux* survenant à jeun, sous la forme d'« eaux » inodores et insipides, et en dehors de toute affection gastrique préexistante ou de toute habitude alcoolique. Plus rarement alimentaires ils acquièrent quelquefois une telle gravité que l'issue fatale s'ensuit comme le montre une de nos observations. En général, ils n'ont qu'un caractère épisodique.

Pas plus que l'estomac, la fièvre de Malte n'a respecté l'intestin.

En tête des troubles intestinaux vient la CONSTIPATION.

Absente 27 fois sur 92 hommes, 19 fois sur 59 femmes, elle se trouve au contraire excessive sur 32 hommes et 17 femmes. Pour résumer d'une manière nette les déductions à tirer de ces chiffres on peut dire : constipation nulle dans un tiers des cas, extrême dans un autre tiers ; seulement appréciable dans le tiers restant.

Des malades ne vont pas à la selle de quinze jours à trois semaines, beaucoup passent une semaine. Jamais dans ma clientèle le lavement n'a fleuri aussi bien que depuis la fièvre de Malte. Irrigateurs variés et seringues anciennes trônent en bonne place dans la chambre et mieux que tout interrogatoire renseignent sur l'intestin du client.

Cette rareté s'accompagne parfois d'entéralgie et d'expulsion de muco-membranes, réalisant chez quelques malades le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse. Nous y reviendrons.

La *diarrhée*, peu fréquente, n'est évidente que dans le 1/10 des cas. Chez trois malades, elle apparaît dès le début, ne comportant un pronostic grave que pour un seul. Chez les autres, elle succède alors à la constipation. Elle peut durer jusqu'à sept mois.

A quelques exceptions près, la diarrhée concorde avec des formes sévères ou prolongées. Quatre diarrhéiques sont morts, huit autres oscillent pendant des mois entre des périodes de mieux et de moins bien et sont incapables de se livrer à aucun travail.

A côté de ces troubles intestinaux je dois ranger l'*entéralgie*. Tantôt continue, tantôt procédant par crises, cette souffrance intestinale se rencontre chez 10 de mes malades. Son intensité variable va depuis le simple agacement jusqu'à l'horrible impression de dilacération, de broiement. Pour deux d'entre eux, deux nerveux, une abondante expulsion de muco-membranes marque d'une façon indéniable l'incidence de cette entéralgie. La palpation de leur côlon ascendant le révèle dur, contracté ; il me semble rouler sous les doigts un tuyau de caoutchouc épais. Spasme et douleur cèdent à la belladone, qui me donne avec cet excellent résultat la confirmation de mon examen.

Ces *muco-membranes*, six autres « entéralgiques » les révèlent sous diverses formes : simples débris de muqueuses sanguinolentes chez les uns ; véritables « peaux » chez les autres.

Je rapproche de ces faits l'*entérorrhagie*, dont Modinos a signalé le premier l'existence dans la fièvre de Malte et que j'ai constatée chez quelques malades — et le *gargouillement*.

Le gargouillement, toujours localisé à la fosse iliaque, ne me retiendrait pas une minute, si je ne trouvais dans ce symptôme, d'ailleurs rare (cinq cas), un intérêt majeur. Il suffit de se rapporter à tout ce qu'on a dit des difficultés du diagnostic de la fièvre de Malte d'avec la typhoïde pour saisir l'importance de l'élément troublant qui peut encore s'y mêler.

Epistaxis, diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque, splénomégalie, dérivent aussi bien de l'une que de l'autre ; il ne faut plus l'oublier.

J'ajoute que dans trois cas, ces bruits intestinaux provoqués coexistaient avec la constipation.

A cette place, dans la revue de l'appareil digestif j'inscrirai *le* HOQUET, non que je veuille le moins du monde affirmer sa genèse, mais parce qu'il se produit souvent pendant l'acte de la digestion gastrique.

Pas plus que l'ulcération linguale, je n'ai vu signalé le hoquet, du moins à titre important, mais plus que l'ulcération linguale, le hoquet s'impose à l'observation en raison de sa fréquence et, dans certains cas, de sa ténacité.

Vingt-cinq malades s'en sont plaints et chez cinq d'entre eux il est indépendant de tout repas. C'est tantôt un hoquet incessant, durant huit jours, exténuant à l'extrême (1 cas), tantôt persistant cinq mois sans répit d'un seul jour pendant 3 mois et absolument rebelle à toute médication (1 cas), tantôt il survient aux approches de la fin rendant atroces les nuits des dernières semaines (1 cas). Je ne doute pas que maintenant éclairés sur ce nouveau détail, on ne le découvre souvent.

Plus habituelles que le hoquet, mais de connaissance ancienne, les lésions du foie et de la rate ne sauraient mieux être rapportées qu'ici-même ; le foie de par ses fonctions biligénique antitoxique et glycorégulatrice ressortissant au tube digestif ; et la rate, si elle n'invoque que des relations de voisinage avec ce dernier, bénéficie du moins d'une camaraderie d'infection avec l'organe hépatique, au point qu'on ne peut oublier de palper et percuter la rate en sortant de palper et percuter le foie.

Le foie méditerranéen n'est pas un foie « univoque ». Le gros foie voisine avec un foie d'apparence normale et avec un foie atrophié. Sans doute les gros foies dominent et si bien que je note seulement dans mes observations ceux (dix-sept) qu'on saisit à première vue ou plutôt au premier palper.

Sur ce nombre certains acquièrent un volume notable dépassant de trois ou quatre travers de doigt le rebord costal (2 cas) ; trois des malades meurent, les autres sont sévèrement touchés.

Une de mes observations nous met en face d'un de ces gros foies dont une particularité frappait dès le premier examen. En plus du soulèvement costal à son niveau, on constatait la prédominance de l'hypertrophie sur le lobe droit et surtout sur le lobe carré. Pas de douleur spontanée et pression très supportable. L'organe était dur, son bord régulier restait nettement marqué. Ajoutez une teinte subictérique généralisée, sans décoloration des fèces et pigmentation de l'urine, l'augmentation modérée du volume de la rate et la fièvre (37-38), irrégulière, sans oscillations accentuées, sans frissons évidents. On pourrait penser à de l'angiocholite, mais doit-on dire angiocholite avec un tracé thermique pareil et avec une telle indolence de l'organe (1) ?

(1) Cf. l'histoire d'un gros foie. *In Montp. Médical*, 1er mai 1910, par Lagriffoul et Roger.

En opposition à ce cas, l'épidémie de Saint-Martial-Sumène nous montre une *atrophie* remarquable (1 cas) et une atrophie légère (1 cas).

Je glisse sur cette dernière pour mettre en évidence l'évolution prolongée (un an et 15 jours) de la fièvre de Malte, d'ailleurs terminée par la mort chez un alcoolique gros buveur de vin, gros mangeur, qui de rechute en rechute est tombé dans la cachexie. Malade depuis février 1909, il passe par la série des divers symptômes, sueurs profuses, douleurs, constipation opiniâtre, puis diarrhée, épistaxis, entérorrhagie. Toux, appétit ondulant, boulimie et anorexie alternantes. Hoquet pendant un mois. En novembre, l'atrophie du foie devient évidente ; elle s'accentue lentement jusqu'à la fin mars. Ballonnement du ventre à partir de décembre, mais jamais d'ascite, ni de circulation complémentaire. Splénomégalie modérée (matité sur 5 travers de doigts de hauteur).

En l'absence de la fièvre et des douleurs, j'aurais pensé à la cirrhose de Laënnec.

Entre ces extrêmes, le quart environ des méditerranéens n'offre aucune manifestation hépatique apparente.

Rate. — Pour éviter toute confusion, précisons d'abord la mesure de la splénomégalie. Nous admettons avec la plupart des auteurs la morbidité de toute rate percutable.

Cette remarque faite, ajoutons que la rate ne se présente pas toujours sous le même volume pour un même malade. La percussion systématique, pratiquée dans divers cas, l'a démontré suffisamment. Mais ce sont là variations de peu d'importance (1). Aussi, nous bornant à des considérations d'ensemble, nous dirons, faisant le bilan de l'épidémie de Saint-Martial-Sumène : rate pathologique cliniquement trois fois sur quatre. Environ 20 grosses rates, appréciables à la palpation, parmi lesquelles six très grosses arrivant à deux travers de doigt de l'épine iliaque A. S. et à quatre de l'ombilic, déformant dans deux cas le thorax qui, à son niveau, devient globuleux.

La *sensibilité splénique* varie d'un malade à l'autre et sans parallélisme avec le volume de l'organe traduite rarement par une douleur spontanée, souvent par la douleur à la pression.

Parfois la palpation ne détermine aucune impression désagréable. Ces mêmes réflexions s'appliquent à la sensibilité du foie.

(1) Chez un malade que j'observe actuellement la râte subit des variations journalières très appréciables.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le professeur Farabeuf et l'enseignement

Dans tous les journaux, on a fait l'éloge du professeur Farabeuf et ce n'est que justice. De mon temps, c'était un régal quand il venait dans les pavillons de dissection faire une leçon ; son éloquence, sa façon d'attirer l'attention des auditeurs, son art du dessin rendaient la leçon des plus attrayantes ; mais de pareilles leçons étaient très rares alors ; cependant nous devons tous beaucoup à Farabeuf, parce qu'il a été un admirable organisateur d'enseignement et je dois dire que depuis que je prêche pour l'enseignement pratique, j'ai le souvenir de l'enseignement de l'anatomie donné par Farabeuf, de l'anatomie pathologique par Gombault, de la bactériologie par Roux, des accouchements par Budin et des maladies des voies urinaires par Guyon et quelques autres. Cet enseignement était essentiellement pratique par suite très scientifique.

Farabeuf divisait les élèves en divers pavillons de façon que cinq élèves travaillent à une même table. En passant on devrait prendre l'habitude de refuser les élèves quand les pavillons sont pleins et n'admettre dans les facultés que juste le nombre d'élèves que l'on peut très bien éduquer. Dans chaque pavillon il y a un prosecteur et des aides d'anatomie titulaires et provisoires. C'est-à-dire que le professeur prend pour l'assister *autant* d'hommes capables qu'il juge utile. Chaque professeur devrait avoir le droit de faire ainsi, peu importe le titre de ses aides : chefs de clinique, agrégés, prosecteurs, chefs de laboratoires, etc. Un enseignement utile ne peut être donné dans toute les branches de la médecine qu'à une condition, c'est d'avoir un producteur d'enseignements pour un très petit nombre de consommateurs.

A l'ouverture des pavillons, un aide faisait une courte leçon 1/2, 3/4 d'heure, sur un sujet fixé, mais il la faisait non pas en demandant aux élèves de croire sur parole la vérité, mais en leur montrant les faits sur des préparations faites par lui et à l'aide des dessins et schémas merveilleux du maître.

La leçon terminée, chacun de nous pouvait demander au professeur un surcroît d'explications. Ensuite les maîtres restaient encore 2 à 3 heures avec nous pour nous guider dans nos dissections : travail essentiel, pratique et utile. On pouvait ainsi avoir appris son anatomie sans aller écouter d'éloquents discours sur la rate dans un grand amphithéâtre.

En résumé, pour qu'un pareil enseignement soit fructueux, il fallait au maître des qualités que nous voudrions résumer ici.

D'abord il devait avoir l'esprit d'organisation. Le professeur doit savoir construire hygiéniquement et bien adéquat au but poursuivi une école pratique ou, comme on dit en Allemagne, un institut d'anatomie; il doit savoir prévoir le nombre de salles suffisantes, leur éclairage, leur chauffage, leur propreté. Un pareil institut doit contenir en plus le laboratoire des maîtres, les réserves des cadavres, le musée des pièces, la classification des dessins, schémas et une bibliothèque.

On conçoit facilement les variantes à appliquer à pareil institut pour la physiologie, l'anatomie pathologique, la médecine expérimentale et l'hygiène, etc. Il serait donc désirable, pour permettre aux professeurs de déployer toute leur valeur, de leur donner la liberté réelle de la direction de leur institut.

Ensuite il faut choisir ses collaborateurs et leur apprendre à enseigner ; tous ceux qui ont été aides d'anatomie et prosecteurs sous Farabeuf se sont plû à rendre hommage aux qualités d'éducation du maître disparu. Pour ce choix j'ai pensé que le maître qui voit pendant 2 semestres un élève assidu, adroit, aux dissections, sachant très bien dessiner, serait qualifié pour engager ce jeune homme, une fois docteur, à devenir son assistant et que l'apprentissage de quelques années comme enseigneur dans les pavillons serait supérieur à un concours de mémoire.

Enfin, il faut que le professeur songe à faire une collection de pièces et dessins, de photographies, de plaques de

projections de coupe et enfin à constituer une bibliothèque contenant les travaux, en particulier ceux des élèves.

Toutes ces qualités Farabeuf les a eues et c'est pourquoi il a laissé une vive empreinte sur ses élèves.

Seulement il a fallu des conditions pour obtenir un pareil résultat et ces conditions ont été ou devraient être les suivantes :

1° Il faut qu'un professeur se consacre uniquement à son enseignement, qu'il passe *toute* sa journée à son institut comme un industriel passe sa journée à son usine ; Farabeuf travaille et fait travailler l'anatomie, il ne courait pas 36 lièvres à la fois, il n'allait pas le matin à l'hôpital, l'après-midi il ne courait pas le cachet. Un professeur d'anatomie, de physiologie, de bactériologie, d'hygiène, de matière médicale, etc., doit être exclusivement anatomiste, physiologiste, anatomo-pathologue, hygiéniste, etc.

2° Il faut pour cela qu'il puisse vivre de son métier ; Farabeuf, comme beaucoup de savants français, a bien voulu se sacrifier pour son pays en vivant modestement d'appointements infimes et incertains d'abord comme agrégé et ensuite fort peu élevés comme professeur.

L'exemple de Farabeuf nous montre qu'il est utile de donner une liberté à chaque professeur d'organiser matériellement son enseignement, qu'on doit lui donner les moyens pécuniaires de construire un institut convenable, d'acheter et de conserver les collections, de payer ses aides, quel que soit le nom de ceux-ci et enfin il faut le remunérer d'une façon à lui assurer une vie non seulement en dehors du besoin, mais suffisamment large, en rapport avec son talent, lui permettant de faire figure dans les Congrès étrangers, et alors exiger que ces professeurs se consacrent exclusivement à leur enseignement. Quand il en sera ainsi pour toutes les branches de la médecine, les vœux du Congrès des praticiens sur l'enseignement pratique seront réalisés.

Robert SOREL (de Dijon).

MÉDECINE PRATIQUE

Les nouveaux signes diagnostiques et pronostiques de l'hémiplégie organique ;

Par le Dr J. LÉVY-VALENSI.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance du diagnostic de l'hémiplégie organique. De ce diagnostic dépend presque toujours le pronostic puisqu'il permet d'éliminer l'hystérie dont on connaît l'évolution en général favorable.

En présence d'un malade atteint d'hémiplégie organique, il est difficile de prévoir quel sera l'avenir des membres paralysés.

Ces problèmes capitaux vont avoir sans doute une solution grâce aux travaux des dernières années.

Nous ne voulons pas rappeler ici les signes si importants mis en lumière par M. Babinski. Ces signes sont devenus justement classiques. Tout médecin a recherché chez des hémiplégiques le signe de l'orteil, le signe du peaucier, la flexion exagérée de l'avant-bras, la flexion combinée de la cuisse et du tronc, etc., etc. ; nous ne saurions davantage insister sur ces faits.

A côté de ces signes classiques il en existe d'autres moins connus parce que plus récents, qui méritent de retenir l'attention, car ils pourront rendre au clinicien des services appréciables.

Certains de ces signes ont été rapportés par M. Lhermitte dans un intéressant article (1).

On peut diviser ces signes nouveaux en signes de la période comateuse et signes de la période d'hémiplégie confirmée. Cette division commode n'est pas cependant rigoureusement exacte, car on verra tel symptôme de la période comateuse persister au cours de l'hémiplégie.

1° *Signes de la période comateuse.* — Lorsqu'un individu est dans le coma il est parfois difficile d'affirmer l'existence d'une lésion en foyer. Le signe de l'orteil peut faire défaut, la déviation de la tête et des yeux être peu marquée, les membres retomber à peu près aussi lourdement des deux côtés. Dans ces cas, il existe un signe que M. Milian (2) a indiqué : c'est l'*abolition unilatérale du réflexe cornéen*. Soulevez successivement les paupières du patient, effleurez légèrement avec un fragment de papier la cornée ainsi découverte : d'un seul côté la paupière demeure immobile, vous pouvez affirmer que de ce côté existe une hémiplégie.

Dans un récent travail, M. Henri Claude (3) a groupé sous le nom de *phénomènes d'hyperkinésie réflexe* une série de signes observés chez des hémiplégiques pendant le coma et qui persistèrent ensuite.

Il s'agit de la détermination de mouvements réflexes dans le territoire des *muscles paralysés* sous l'influence de certaines excitations.

Les procédés mis en œuvre par M. Claude sont un peu différents selon qu'il s'agit du membre supérieur ou de l'inférieur.

Au membre inférieur, le pincement ou la piqûre des téguments, en général la face externe de la cuisse, ou le pincement en masse des muscles produisent la flexion de la cuisse.

Le pincement des téguments ou des muscles du mollet produit l'extension ou la flexion brusque du pied.

Au membre supérieur, les mêmes manœuvres, pincement de la peau ou des muscles de l'avant-bras, déterminent la flexion et la pronation de ce segment du membre.

Il est un procédé qui donne des résultats plus évidents. Le membre est allongé sur un lit, en résolution, l'avant-bras en demi-pronation ; on le place alors en supination forcée, manœuvre légèrement douloureuse ; immédiatement le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur se contractent brusquement, l'avant-bras se fléchit sur le bras et se met en pronation.

Ces différents signes observés chez un comateux ou chez un hémiplégique permettent le diagnostic de la nature organique d'une hémiplégie ; pour M. Claude, ils pourraient avoir une valeur pronostique. Ces signes d'hyperkinésie réflexes ne se rencontreraient que dans les cas favorables avec restitution de la motilité ; dans les cas où la paralysie doit demeurer incurable, ils feraient défaut.

Il faut rapprocher de ces signes un autre caractère de l'hémiplégie organique que viennent de faire connaître MM. P. Marie et Ch. Foix (4). Il s'agit du *retrait réflexe du membre inférieur par la flexion forcée des orteils.*

(1) LHERMITTE. — Sur quelques signes nouveaux de l'hémiplégie organique, *Semaine médicale*, 16 mars 1910.

(2) MILIAN. — L'abolition du réflexe cornéen signe diagnostique de l'hémiplégie dans le coma, *Progrès médical*, 1909, p. 229.

(3) Henri CLAUDE. — Sur certains phénomènes d'hyperkinésie réflexe observés chez des hémiplégiques. Leur valeur pronostique. *L'Encéphale*, mars 1910.

(4) Pierre MARIE et FOIX. — *Société de Neurologie*, 7 juillet 1910.

Pour obtenir ce signe, les auteurs recommandent de prendre à pleine main l'ensemble des orteils et de les porter progressivement en flexion forcée sur le métatarse. Dans cette manœuvre il faut éviter de porter le pied en hypertension, car on détermine dans ce cas de la douleur et un mouvement de défense.

Dans les cas d'hémiplégie organique on obtient la flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, du pied sur la jambe ; de plus, le pied se met en adduction et rotation interne par contraction du muscle jambier antérieur dont la corde se montre sous les téguments du cou-de-pied.

Tel est le phénomène complet. Il peut être partiel, on pourra avoir par exemple seulement la flexion et la rotation interne du pied.

Ces mouvements réflexes ne seront pas confondus avec des mouvements de défense causés par la douleur. Ils se caractérisent par la brusque saccade du déclanchement, puis la lenteur et la persistance, quelques instants, du mouvement, enfin par la reproduction identique dans les mêmes conditions.

MM. Pierre Marie et Foix ont vu apparaître ce phénomène immédiatement après l'ictus, ils l'ont vu coïncider avec le signe de Babinski, mais ils l'ont constaté aussi en l'absence de ce dernier signe.

Le signe de Pierre Marie et Foix persiste pendant toute la durée de l'hémiplégie.

Période de l'hémiplégie confirmée

Les signes précédents, hyperkinésie réflexe et retrait de la jambe, exigent pour se montrer un certain degré de spasmodicité.

Il en est de même de deux phénomènes étudiés sous le nom de phénomènes des interosseux et de signe du pouce.

Le *phénomène des interosseux* ou phénomène des doigts a été signalé par M. Souques (1). Il n'existe que chez les hémiplégiques conservant encore une certaine motilité.

On commande au malade de lever le bras paralysé ; les doigts s'étendent et s'écartent en éventail ; l'extension porte sur les deux premières phalanges. Dans quelques cas, le soulèvement passif du bras produirait le même résultat.

MM. Klippel et Math. P. Weil ont constaté que, chez les hémiplégiques contracturés, le redressement lent, par le médecin, des doigts fléchis par la contracture détermine la *flexion du pouce* (2). Chez les individus normaux, au cours des contractures hystériques, dans les mêmes conditions, on obtient l'extension du pouce.

Le diagnostic des hémiplégies flasques bénéficie aussi de quelques signes nouveaux.

Deux de ces signes ont été décrits par M. Raimiste (3) : le phénomène de la main, le signe de l'abduction et de l'adduction associées.

Le *phénomène de la main* s'obtient de la façon suivante ; le coude du malade est appuyé sur un plan, une table par exemple ; l'avant-bras et la main sont maintenus verticaux. Le malade est distrait d'une façon quelconque ; le médecin glisse sa main sur l'avant-bras abandonnant la main paralysée qu'il maintenait droite ; si le malade a une hémiplégie organique, la main retombe brusquement sur l'avant-bras.

Ce signe, d'après l'auteur, existerait uniquement au cours de l'hémiplégie flasque ; il apparaîtrait déjà pendant le coma.

Le *signe de l'adduction et de l'abduction associées* se recherche au membre inférieur.

Le malade est placé sur un plan résistant dans le décubitus dorsal, les deux jambes légèrement écartées. La jambe saine est énergiquement maintenue à deux mains. On commande au malade d'essayer avec son membre sain ainsi immobilisé des mouvements d'abduction et d'adduction ; à chaque mouvement essayé correspond dans le membre paralysé un mouvement identique :

Ce phénomène intéressant est à rapprocher du phénomène de l'opposition complètementaire.

Le phénomène de l'*opposition* complémentaire a été successivement étudié par MM. Grasset et Gaussel, Bychowski, puis par M. Hoover. Il a fait récemment l'objet d'un intéressant travail de M. Lhermitte (1).

Normalement quand un individu est couché sur le dos et qu'il fait effort pour lever une de ses jambes, l'autre jambe appuie fortement sur le lit immobilisant le bassin. On se rend compte de ce phénomène simplement par la vue, le talon s'enfonçant dans le lit et en plaçant la main sous le talon.

En cas d'hémiplégie organique, M. Hoover a montré que ce phénomène existe encore. Si on demande au malade de faire effort pour soulever son membre paralysé, le talon du côté sain appuie sur le plan du lit ; de même si on fait lever la jambe saine et que l'on résiste au mouvement, le talon du côté malade appuie encore, bien que plus ou moins faiblement, selon que la force musculaire est plus ou moins diminuée.

Ce qui donne de l'intérêt à ce signe c'est qu'il n'existe pas chez les hystériques : chez ces malades l'élévation de la jambe saine produit l'opposition du côté malade, la tentative d'élévation de la jambe malade ne produit aucun phénomène d'opposition du côté sain.

Enfin, M. Néri (2) a signalé un dernier caractère de l'hémiplégie organique basé sur l'*hypertonicité des fléchisseurs de la jambe du côté paralysé.*

Le malade est dans le décubitus dorsal, on pratique la manœuvre de Lasègue usitée pour le diagnostic de la sciatique. Du côté normal, le membre en extension est fléchi sur le bassin formant avec le lit un angle de 70 à 75°, du côté paralysé à partir de 40-50° la jambe se fléchit. On obtiendrait ce phénomène, d'après M. Néri, dès la période comateuse. Ce signe peut également se rechercher dans la station debout. Le malade a les jambes légèrement écartées, il fléchit le tronc jusqu'à l'horizontale : tandis que la jambe saine demeure étendue, la jambe paralysée se fléchit.

La série de signes que nous venons de brièvement rapporter sont de connaissance assez récente ; ils n'ont donc pas encore tous fait leurs preuves. Néanmoins ce sont des points de séméiologie importants à connaître et que l'expérience journalière confirme incessamment.

Ces signes venant s'ajouter à ceux découverts par M. Babinski rendent de plus en plus facile le diagnostic de l'hémiplégie organique si important au point de vue pronostique et thérapeutique.

Enfin les phénomènes d'hyperkinésie réflexe observés par M. Claude permettent d'espérer la possibilité d'un pronostic sûr de l'hémiplégie organique. C'est là un point dont l'intérêt pratique n'échappera à personne.

(1) A. Souques. — *Soc. méd des hôpitaux*, 28 juin 1907.
(2) Klippel et Math., P. Weil. — *Soc. de Neurologie*, 1er avril 1909 et *Rev. neurol.*, 30 avril 1909.
(3) J. M. Raimiste. — *Revue neurologique*, 15 février et 30 nov. 1909.

(1) Lhermitte. — *Semaine médicale*, 25 nov. 1908.
(2) Néri. — Soc. de Neurologie, 2 déc. 1909, in *Revue neurol.*, 15 déc. 1909.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

(*Suite et fin*) (1)

—

Réformes des expertises médico-légales

M. *Rocher* (Paris), rapporteur. — Plusieurs tentatives de réforme ont déjà été faites, et aucune n'a encore abouti. Et pourtant il faut une organisation qui sauvegarde d'avantage les intérêts de la défense et ceux de la justice. On est d'accord sur ce principe dans tous les pays civilisés.

Dans une loi votée en France sur la proposition et avec l'appui de M. Cruppi, l'idée dominante est de donner au prévenu le droit de choisir un ou des experts destinés à procéder aux opérations d'expertise, de concert avec le ou les experts désignés par le juge. Le but à atteindre est de faire la lumière la plus complète possible sur toutes les questions soulevées et d'établir un contrôle entre les hommes de l'art chargés de part et d'autre de rechercher la vérité pour assurer la justice.

Ce qu'il faut bien prendre en considération, c'est que M. Cruppi, comme tous les partisans de ce projet de loi, ne veut pas d'équivoque relativement à l'expression d'*expertise contradictoire* et entend par là une expertise *simultanée, conjointe* ou *collective* (car une expertise ne saurait être contradictoire dans le sens juridique habituel, sans perdre son caractère propre), tout en reconnaissant la nécessité de garanties à donner aux prévenus et aux inculpés, car, en l'état actuel de la législation, elles ne paraissent pas être suffisantes.

Nous croyons que c'est à tort que l'on voudrait voir dans l'esprit qui a présidé à l'élaboration de cette nouvelle loi une sorte de suite et de conséquence de la loi du 8 décembre 1897 « sur l'instruction contradictoire » qui a accordé en France le droit à l'inculpé de n'être interrogé qu'en présence d'un avocat ou d'un défenseur et d'avoir communication des pièces de l'instruction, c'est-à-dire de pouvoir connaître et contredire, au fur et à mesure, durant l'instruction, toutes les charges accumulées.

Il y aurait dans cette assimilation une erreur fondamentale. L'analogie ne saurait conduire à établir des réformes semblables que si, toutes deux appartenant au même ordre d'idées, le principe de contradiction devait avoir pour chacune les mêmes effets. Or, il n'en est rien et il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner attentivement le rôle de l'expert.

L'expert, en matière criminelle, n'a pas pour mission de dresser un réquisitoire contre l'accusé, pas plus que de fournir une défense. Sa mission stricte est d'examiner les faits qui lui sont révélés ou qu'il découvre, et en toute impartialité de faire connaître son appréciation dictée par sa compétence, sans se préoccuper des conséquences.

On ne peut donc concevoir la contradiction en matière d'expertise de la part des experts qui, quelle que soit l'origine de leur désignation, ne doivent avoir d'autre préoccupation que de rechercher la vérité et d'établir la réalité des faits.

C'est pour cela que l'expertise, du moment où elle est confiée à plusieurs, doit toujours consister dans une étude simultanée, comportant le contrôle et nullement la contradiction, ce qui supposerait de la partialité du chef des experts.

Ceux-ci, même quand on les considère comme des auxiliaires de la justice, doivent présenter des qualités de conscience et d'impartialité analogues à celles des magistrats auxquels ils sont appelés à apporter les éléments d'appréciation nécessaires pour formuler la décision à intervenir.

M. Brouardel avait autrefois été d'avis qu'il pourrait y avoir lieu à la création d'une commission de superarbitres comme cela existe en Allemagne. Après de longues discussions à la Société de médecine légale de France, il avait été amené à y renoncer et avait admis que, en cas d'avis opposé, les experts choisiraient un tiers pour les départager et qu'à défaut d'entente entre eux, ce serait le président du tribunal, ou le président de la juridiction saisie, qui ferait cette désignation ; ce qui a été adopté dans la loi du 29-30 juin 1899.

Après examen de la communication ci-dessus par une commission, celle-ci a proposé les conclusions suivantes qui ont été adoptées par le Congrès : *Le IIIe Congrès international de médecine légale, réuni à Bruxelles, déclare adhérer au principe de la dualité de l'expertise, l'un des experts étant désigné par le juge d'instruction et l'autre par la défense. Il estime que l'expertise doit être organisée de manière à assurer à l'expert de l'instruction et à celui de la défense une égalité parfaite de droits et avec recours à un superarbitrage au cas de désaccord entre les experts.*

Les capsules surrénales en médecine légale.

M. *Cevidalli* (Florence), rapporteur..

L'importance de l'étude des capsules surrénales au point de vue médico-légal repose sur les raisons suivantes : d'abord, au sujet de la mort subite : on sait qu'il n'est pas rare qu'une mort rapide soit la terminaison d'une maladie d'Addison, mais il convient de rappeler qu'il y a aussi une insuffisance surrénale aiguë, dans laquelle on peut voir survenir la mort rapide avec une symptomatologie obscure, qui peut bien en imposer pour un empoisonnement. Ce tableau morbide, dans lequel domine une extrême hypotension, qui lui a fait donner par les auteurs allemands le nom de « Gefasstod », a pour cause des altérations surrénales de nature variable. L'on peut trouver à l'autopsie soit des altérations tuberculaires (Sergent et Bernard, Stursberg, Ewald, Westenhoeffer, etc.), soit de l'atrophie et de la sclérose Scott, etc.), soit des foyers suppuratifs (Janowsky), soit des tumeurs (Chaillous, etc.), soit enfin, et cela paraît bien être le cas le plus fréquent, des hémorragies (Lecomte, Arnaud, Simmonds, Rivière, Talbot, Blaker et Bailey, Sicard, Dudgeon, Hitschmann, etc.). Selon Wiesel, l'état de la substance chromaffine aurait une importance aussi pour la mort subite qu'on observe dans ce complexe si obscur que l'on appelle « status lymphaticus ».

Aussi, chez le nouveau-né, l'on peut trouver des hémorragies dans les capsules surrénales comme unique ou principale altération à l'autopsie (Parisot, Hamill, Morison, Simmonds, Doerner, Lissauer, Lochte, etc.) et si l'on pense que l'on a dit que la respiration artificielle, selon la méthode de Schultze, pouvait quelquefois être accusée de la production de ces hémorragies, l'on voit à ce double point de vue, l'importance des capsules pour l'étude de l'infanticide.

Les capsules surrénales méritent d'attirer notre attention pour les accidents du travail et pour les maladies traumatiques en général, puisque l'on connaît des cas dans lesquels des traumatismes contusifs du dos ou de l'abdomen ont produit des hémorragies des capsules (Hervey, R. Mattei, etc.) et ont été la cause plus ou moins directe de la production d'une maladie d'Addison ou de son aggravation comme Schmey et Murri l'ont très bien étudié.

Les capsules méritent, en outre, notre attention dans les empoisonnements parce qu'elles présentent vis-à-vis de certains poisons des réactions bien nettes.

Nous trouvons un obstacle dans l'étude des capsules à l'autopsie, dans la facilité avec laquelle elles perdent leurs caractères après la mort ; toutefois, j'ai démontré avec le docteur Léoncini, que la substance chromaffine, c'est-à-dire le principe actif des capsules, n'est pas si labile qu'on l'a dit ; nous avons pu la démontrer plusieurs jours après la mort, et cela a été confirmé par Comesatti et Zanfrognini. Nous croyons aussi pouvoir affirmer que la quantité de substance chromaffine dépend principalement, abstraction faite des altérations cadavériques, de la vitesse avec laquelle s'est faite la mort, et à ce point de vue encore, l'opinion de Comesatti concorde avec la nôtre.

Je crois donc pouvoir affirmer qu'il y a lieu de donner aux capsules, surrénales en médecine légale, une importance plus considérable que celle qu'on leur accordait autrefois.

Les accidents dus à l'électricité

M. Besson (Lille), rapporteur. — Par brûlure électrique il faut entendre toute lésion circonscrite de la peau et des tissus sous-jacents produite par le *contact direct* des conducteurs électriques métalliques avec le corps humain. Cette définition élimine, par conséquent, tous les accidents à *distance*, par rayonnement ou par phénomènes thermiques quelconques au *voisinage* des tissus.

Deux sortes de courants sont employés dans l'industrie : le continu et l'alternatif ; mais leurs effets restent sensiblement

(1) Voir les quatre derniers numéros.

les mêmes au point de vue des accidents que nous allons étudier et qui peuvent se produire dans plusieurs conditions différentes :

1° Le corps constitue un court circuit entre deux conducteurs de tension différente ;

2° Le corps constitue un circuit dérivé entre deux points d'un même conducteur ;

3° Le corps constitue une dérivation d'un conducteur à terre.

La conductibilité de la peau et la durée du contact sont importantes à considérer. Si la peau est humide, le courant passera dans les conditions les plus favorables de diffusibilite ; mais si les lésions locales sont minimes, les lésions organiques sont alors portées à leur maximum. Dans le cas contraire de sécheresse de la peau, la résistance devient considérable, et le courant, se *localisant au point de contact*, produit une brûlure d'autant plus grave que le point d'application est plus restreint, et, partant, la densité du courant plus forte.

Et M. Besson cite en particulier deux observations de brûlures par courant électrique persistant. Voici la symptomatologie de ces accidents : d'abord l'*aspect* est caractéristique. J'ai employé volontairement le terme de « cratère ». Les auteurs les qualifient de « coup de curette » ou de « faite à l'emporte-pièce », etc. Ces cavités, dépassant le derme, détruisent les muscles et parfois carbonisent les os. Le fond en est irrégulier, noirâtre, parfois parsemé d'îlots d'un rouge sombre. Les bords sont nettement découpés. Il n'y a jamais de réaction inflammatoire. La brulûre forme un bloc homogène, également mortifié dans toutes ses parties. Elle est, en quelque sorte, « scellée » au milieu des tissus sains. Dans d'autres cas il se produit d'emblée une eschare, nettement limitée, noire, parcheminée, résonnant sous le choc du stylet.

L'*absence de douleurs* est propre aux brûlures électriques et persiste pendant tout le temps de la cicatrisation. Le fait a donné lieu à diverses interprétations pathogéniques.

L'*absence de réaction générale et de suppuration* est encore un des symptômes les plus remarquables des brulûres électriques.

S'il y a eschare, celle-ci se détache, il est vrai, avec une très grande lenteur, mais sans aucune réaction de voisinage ; elle se recroqueville, se racornit après s'être nettement séparée des téguments voisins et après sa disparition laisse une surface rouge, et puis se sépare avec une très grande rapidité. Combien cette symptomatologie est différente de celle journellement observée dans les brûlures ordinaires ! Il s'agit incontestablement, dans les brûlures électriques, d'une véritable « stérilisation en bloc » des tissus par la température extrêmement élevée produite au niveau de la pénétration du courant.

La *marche et la réparation* des brûlures électriques ne sont pas moins remarquables. La cicatrisation est généralement très rapide et d'une merveilleuse régularité.

L'*évaluation de l'incapacité permanente partielle*, au point de vue de la loi des accidents du travail, n'offre pas de difficulté spéciale ; il me paraît cependant important de rappeler la possibilité, à longue échéance, d'atrophie musculaire du membre atteint.

Les cas de névrose traumatique, consécutifs à l'accident, seront évidemment plus embarrassants ; ils ressortissent non à la brûlure, mais bien à la commotion primitive du système nerveux. Les troubles nerveux peuvent être, dans certains cas, très tenaces ; la solution la meilleure me parait être, lorsque les moyens thérapeutiques habituellement indiqués auront été employés, de ne pas « s'éterniser » dans les prolongations, non seulement inutiles, mais nuisibles, et de conclure par une évaluation appropriée avec indication formelle de révision.

Le *traitement* sera des plus simples, étant donnée la marche clinique des brûlures électriques. Il suffit de proteger les plaies par une gaze stérilisée, avec applications, parfois, de vaseline boriquée très pure ; les pommades analgésiques ou antiseptiques sont inutiles. La réparation remarquablement régulière des plaies étendues en surface rendra, le plus souvent, inutile l'application des greffes épidermiques. Dans le cas où la surface serait par trop étendue (fait très rare) et où on voudrait hâter la guérison, ces greffes donneraient le meilleur résultat par l'asepticité de la plaie. Les amputations ou désarticulations partielles trouvent leur indication dans les cas de destruction complète de la fonction d'un ou plusieurs doigts ou du segment de membre. Enfin, les cas d'atrophie musculaire seront traités par l'électrisation, les massages, la mobilisation.

En résumé, les courants de haut voltage inhibant le centre respiratoire avec arrêt secondaire du cœur, une certaine durée de contact à plein effet est nécessaire pour amener la mort. La résistance très grande, presque constamment opposée au courant par la surface cutanée, amène au point de contact la localisation de la haute tension sous une densité très élevée, avec production nécessaire d'une température telle que les tissus sont carbonisés avec dégagement des produits volatils.

Ces lésions et cette atmosphère gazeuse opposent au courant une barrière presque infranchissable, de telle sorte que l'organisme, s'il a reçu au début la commotion de plein courant trop breve pour amener la mort et suffisante seulement pour annihiler momentanément le centre respiratoire, se trouve pour ainsi dire « isolé » presque aussitôt après, ce qui donne aux secours efficaces le temps d'agir en temps utile et rend seul vraisemblable, sans terminaison mortelle, ou même sans dommage, la situation d'un organisme pendant plusieurs minutes, dans un courant à tension très élevée.

Inhibition primitive de la respiration, arrêt secondaire du cœur, telle est la notion fondamentale des accidents dus aux hauts voltages ; une certaine durée de contact étant dès lors nécessaire, la brûlure peut jouer ici le rôle d'*interrupteur*, qui permet à l'organisme de gagner le temps nécessaire pour que la respiration artificielle, pratiquée bien entendu en temps approprié, vienne produire son effet sauveur exactement comme dans le cas « d'un noyé » ou d'une syncope chloroformique.

Mort par l'électricité.

M. Jellineck (Autriche), rapporteur. — D'après ce privat-docent de l'Université de Vienne, il convient, pour étudier le mécanisme de l'électrocution, de prendre en considération : ce qui se passe du côté du système neuro-musculaire, l'état du cœur, la manière d être de la respiration, le temps écoulé entre le traumatisme et la mort.

Les phénomènes variables et souvent contradictoires de l'électrocution s'expliquent en partie par des expériences sur la narcose, sur le cœur, sur le nerf pneumogastrique, sur la pression spinale et du cerveau chez le chien.

L'importance des premiers symptômes dépend du voltage de l'ampérage, du nombre des pôles, du temps de contact, de, la nature du courant, et enfin des circonstances individuelles : étendue du courant, résistance de la peau, état physique de l'individu.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL
DES MALADIES PROFESSIONNELLES.

Bruxelles, 10-14 septembre 1910.

Ce 2e Congrès international a donné lieu à d'intéressants rapports et à des communications ou à des discussions auxquelles prirent part des médecins de divers pays, des professeurs d'Italie, d'Allemagne, d'Angleterre : très peu de Français. Il y avait également des industriels et des légistes. En somme, congrès des plus intéressants et des plus suivis par un grand nombre de congressistes.

Il y avait à l'ordre du jour six questions, sans compter les communications diverses. Le Congrès n'a pas émis de vœux, ni proposé de conclusions fermes en aucun point. Ce en quoi il a sagement agi. Il ne saurait être question en effet de se livrer à des conclusions hâtives. Il faut manipuler au préalable et faire mûrir par de nombreux échanges d'idées cette question des maladies professionnelles, question si délicate en certains de ses rapports avec les accidents du travail. Et le 2e Congrès international, pour bien affirmer la nécessité d'élaborer d'abord ces questions avant de leur chercher une mise au point définitive, s'est ajourné à 4 ans pour tenir ses troisièmes assises à Vienne (Autriche).

La 1re *question* était : *Faut-il distinguer les maladies professionnelles des accidents du travail* ?

M. Olivier Lenoir (de Paris) conclut en son rapport sur cette question : « Etant données les difficultés d'interprétation auxquelles se heurte notre loi sur les accidents du travail, et se heurtera la loi sur les maladies professionnelles, je crois que ces lois devront être, un jour ou l'autre, complétées en France par une loi d'assurance-maladie. Souhaitons que ces nouvelles étapes vers le bonheur que nous promet la cité future unissent, dans des dispositions de mutualité, Etat, patrons et travailleurs, et n'accentuent pas la séparation par trop simpliste de l'ordre social en deux classes : les pensionneurs et les pensionnés.

Les maladies professionnelles et la loi de 1906 sur les indemnités ouvrières en Angleterre

M. Legge. — D'après ce rapporteur, médecin inspecteur des manufactures en Angleterre, le principe des indemnités ouvrières, en cas d'accident, a été étendu par la loi de 1906 aux maladies professionnelles. Vingt-quatre maladies sont visées dans cette loi. Il est, d'ailleurs, des formes d'intoxication et des maladies professionnelles qu'il semble surprenant de ne pas trouver dans cette liste, par exemple l'intoxication par l'hydrogène sulfureux, la fièvre des ouvriers sur cuivre, et la phtisie fibroïde, pour n'en citer que trois.

Voici quelles sont, pour l'Angleterre les maladies sujettes à réparations légales.

Nature de la maladie.	*Antécédents professionnels*
1. Anthrax.	Maniement de la laine, des poils et des peaux.
2. Intoxication par le plomb et séquelles.	Tout ce qui implique l'emploi du plomb, de ses préparations ou composés.
3. Intoxication mercurielle et séquelles.	Tout ce qui implique l'emploi du mercure, de ses préparations et composés.
4. Intoxication par le phosphore et séquelles.	Tout ce qui implique l'emploi du phosphore, de ses préparations ou composés.
5. Intoxication arsenicale et séquelles.	Tout ce qui implique l'emploi de l'arsenic, de ses préparations ou composés.
6. Ankylostomiase.	Travail des mines.
7. Intoxication par le nitro-benzol et les amido dérivés de la benzine (dinitro-benzol, aniline, etc.) et séquelles.	Tout ce qui implique l'emploi du nitro-benzol, des amido-dérivés de la benzine, de leurs préparations ou composés.
8. Intoxication par le bisulfite de carbone et séquelles.	Tout ce qui implique l'emploi du bisulfite de carbone, de ses préparations ou composés.
9. Intoxication par les émanations nitreuses et séquelles.	Tous les cas où il y a production d'émanations nitreuses.
10. Intoxication par le carbonyl de nickel et séquelles.	Tous les cas où il y a production de gaz de carbonyl de nickel.
11. Intoxication par le Goniomia kamassi (buis africain) et séquelles.	Travail d'objets provenant du Gonomia kamassi.
12. Ulcération par le chrome et séquelles.	Tout ce qui implique l'emploi de l'acide chromique, ou du bi-chromate d'ammonium, de potassium et de sodium, ou de leurs préparations.
13. Ulcération eczémateuse de la peau produite par des poussières, et ulcération de la membrane muqueuse du nez et de la bouche produite par des poussières.	Néant.
14. Cancer épithéliomateux ou ulcération de la peau, ou de la surface cornée de l'œil, dus à la poix, au goudron et composés de goudron.	Maniement et emploi de la poix, du goudron et des composés du goudron.
15. Epithélioma scrotal (cancer des ramoneurs).	Ramonage des cheminées.
16. Nystagmus.	Travail des mines.
17. Glandes.	Soins donnés à des bêtes atteintes de glandes, maniement de leurs cadavres.
18. Maladie par l'air comprimé et séquelles.	Tout travail fait dans l'air comprimé.
19. Cellulite sous-cutanée de la main.	Travail des mines.
20. Cellulite sous-cutanée au-dessus de la rotule.	Travail des mines.
21. Bursite aiguë du coude.	Travail des mines.
22. Inflammation des synoviales du poignet et des gaines du tendon.	Travail des mines.
23. Cataracte des ouvriers verriers.	Tout travail dans les verreries impliquant exposition à l'éclat du verre fondu.
24. Crampe des télégraphistes.	Emploi des instruments télégraphiques.

Réparation des maladies professionnelles.

M. Teleky (de Vienne). — La réparation des maladies professionnelles devrait être basée sur les principes suivants :

Les autorités administratives dresseraient une liste des maladies professionnelles, c'est-à-dire des maladies propres à telle ou telle profession.

Les industriels formeraient des caisses, alimentées exclusivement par les cotisations patronales.

Les maladies professionnelles étant difficiles à reconnaître lorsqu'elles sont légères et à leur début, toutes les maladies devraient être couvertes, pendant un délai de carence déterminé, par l'assurance obligatoire.

Seuls seraient à charge des caisses contre les maladies professionnelles, les cas d'affections reconnues comme professionnelles à l'expiration de ce délai de carence.

Les ouvriers atteints de maladies professionnelles seraient indemnisés comme les victimes d'accidents. Le système anglais du « certifying surgeon » est à recommander.

Accidents du travail et maladies professionnelles.

MM. Heyermans et *Kooperberg* (d'Amsterdam). — A tout instant l'industrie moderne produit de nouveaux générateurs de maladies ; exemples : accidents produits par les rayons Rœntgen, etc. Les différents pays ne considéreront vraisemblablement pas les mêmes maladies comme maladies professionnelles spécifiques, parce que les méthodes de travail, les outils, les matières premières, peuvent différer, et parce que, dans certains pays, on rencontre des industries totalement inconnues dans d'autres. Les congrès internationaux peuvent bien indiquer la ligne de conduite principale, mais la liste des maladies professionnelles devra être arrêtée dans chaque pays. Nous espérons que le second Congrès international adoptera le principe de mettre au même niveau les maladies professionnelles spécifiques et les accidents du travail.

M. Hanauer (de Francfort.) — Il n'est pas possible de tracer une limite stricte entre les maladies professionnelles et les accidents du travail, car la législation sur la réparation des accidents a rendu cette limite tout à fait confuse.

Cette confusion a eu pour cause, d'une part, le fait que, rompant avec le sens courant des mots, l'on a rangé parmi les suites d'accidents un grand nombre d'affections — par exemple de maladies infectieuses — considérées autrefois comme professionnelles ; d'autre part, le fait que l'on a donné à la soudaineté, condition fondamentale de l'accident, une interprétation très étendue, dépassant également la signification usuelle de ce terme.

Les juridictions supérieures qui, dans leurs décisions, ont interprété si largement, par humanité, le facteur « soudaineté » de l'accident, ont créé, par là-même, des incertitudes nouvelles, des erreurs, des doutes et des contestations.

Il faut considérer comme défectueux un état juridique dans lequel la contradiction entre le droit positif et les besoins sociaux ne se résout que par une interprétation trop large de la loi.

Le législateur a le devoir de résoudre cette contradiction par une modification du droit positif.

La meilleure solution consiste à placer, dans la législation sur les assurances, les maladies professionnelles sur le même pied que les accidents du travail ; les considérations juridiques aussi bien que les besoins sociaux et hygiéniques imposent cette réforme. C. (*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

Les fractures de la tubérosité antérieure du tibia ;

Par F. JACOULET
Interne des hôpitaux de Paris.

La question des fractures de la tubérosité antérieure du tibia n'a été étudiée en France que par un petit nombre d'auteurs, et les traités classiques ne consacrent que quelques lignes à cette lésion, qu'à l'étranger, en particulier en Allemagne, on a étudiée sous toutes ses formes.

La connaissance de cette variété de fracture est de date récente : c'est Lassus qui, en 1809, apporte le premier cas de fracture de la tubérosité antérieure, de cause directe.

En 1827, Key publie le premier cas de fracture par arrachement.

Une série d'observations isolées sont publiées par de Morgan, Richet, Malgaigne, Pitha, Vogt, Müller, Friis, etc. ; mais ce n'est qu'en 1905 que la question fut bien mise au point dans l'article très documenté de Gaudier et Bouret.

La radiographie, d'autre part, a permis d'étudier de très près la variété de fracture qui nous occupe. Si la fracture totale de la tubérosité a été l'objet d'importants travaux, il n'en est pas de même pour les fractures partielles par arrachement. C'est à Schlatter et à Osgood que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur cette variété de fracture à physionomie si spéciale.

En 1903, Schlatter publie une série de huit observations de fractures partielles avec radiographies.

En 1907, pour répondre aux attaques de Jacobsthal et Lanz, d'Alsberg, de Bergmann, Schlatter publie sept cas nouveaux.

La même année, Jensen, de Copenhague, apporte six nouvelles observations de « maladie de Schlatter » ; plus récemment nous trouvons les cas de Bowser et Thomson en Amérique ; d'Ozenne, de Reblaud, en France.

Développement de la tubérosité du tibia

L'étude du développement de la tubérosité antérieure du tibia est indispensable si on veut se rendre compte du mécanisme des fractures de cette apophyse. Ce point d'anatomie a été étudié en France par Sappey, Rambaud et Renaud, Aboulker ; à l'étranger par Schlatter, Langer Toldt, Merkel Henle, Quain, Wilms et Sick, Ludloff, Jensen et Bergmann.

Le point d'ossification de la tubérosité tibiale apparaît vers la douzième année (Sappey), de huit à quatorze (Rambaud et Renault), à quatorze ans (Gaudier et Bouret). Ce noyau est prismatique et triangulaire ; son arête s'enfonce dans l'angle dièdre ouvert en avant, formé par l'épiphyse supérieure et la diaphyse, séparé de ces deux masses par une lame cartilagineuse.

Il y a donc trois pièces osseuses réunies par un cartilage de conjugaison qui, sur une coupe sagittale, ressemble à la lettre Y couchée.

C'est la soudure apo-épiphysaire qui se produit la première ; elle s'effectue de la superficie vers la profondeur, de sorte que la bande cartilagineuse apo-épiphysaire disparaît, tandis que persiste encore la bande apo-diaphysaire. Ce n'est qu'à l'âge de 18 ans (Langer Toldt), de 18 à 25 ans (Merkel Henle), de 21 à 22 ans (Quain), que la soudure de l'apo-épiphyse à la diaphyse est effectuée.

D'après Bergmann, il existe une irrégularité extraordinaire dans l'ossification de la tubérosité antérieure ; souvent il y a non pas un, mais plusieurs points d'ossification ; leur mode de soudure et l'époque où elle se fait sont très variables chez un même individu.

Etiologie et mécanisme

Les fractures de la tubérosité antérieure du tibia ne semblent pas très fréquentes.

Rieffel consacre deux pages à la description de cette variété de fracture, insiste sur ce fait qu'il s'agit d'une fracture par arrachement, montre que la symptomatologie est assez analogue à celle des fractures de la rotule et signale la possibilité d'une intervention chirurgicale.

1° *Fréquence.* — Il est difficile d'établir le pourcentage des fractures de la tubérosité antérieure par rapport au nombre total des fractures.

Il serait intéressant de connaître la proportion vis-à-vis des fractures de la rotule et des arrachements des tendons sus et sous-rotuliens ; cette proportion est encore impossible à établir, vu le nombre des cas d'arrachement ligamenteux non publiés (Gaudier et Bouret).

2° *Sexe.* — Presque toujours la fracture se produit chez des individus du sexe masculin ; deux fois seulement, sur cinquante-huit observations, la fracture s'est produite chez des filles (Donoghue, Ozenne).

Cette prédilection pour le sexe masculin s'explique par ce fait que la fracture se produit à l'occasion d'exercices violents et que le développement de la masse du muscle quadriceps intervient pour une part considérable (Schlatter).

3° *Age.* — La fracture de la tubérosité antérieure s'observe presque toujours chez l'adolescent. Sur 53 observations, trois fois la fracture s'est produite chez un individu au-dessus de 30 ans (Key, Richet, Sistach), cinquante fois chez des individus âgés de 12 à 30 ans et le maximum de fréquence est vers l'âge de 15 ou 16 ans.

4° *Côté.* — Il est exceptionnel d'avoir affaire à une double fracture de la tubérosité (Schlatter, Linkenheld) ; généralement la fracture est unilatérale et plus fréquente à droite qu'à gauche, sans que la différence soit très notable, quoi qu'en dise Müller qui, sur huit observations, aurait observé 7 fois la lésion du côté droit.

Relativement au mécanisme, les fractures de la tubérosité, qu'elles soient totales ou partielles, sont pour ainsi dire toujours de cause musculaire.

Si nous étudions les fractures totales, on voit que la fracture s'est produite à l'occasion de deux mouvements : *soit par flexion forcée de la jambe sur la cuisse* (Heydenreich, Mazzoni, Sandberg, Wasse), *soit par contraction violente et subite du quadriceps dans le but d'éviter une chute en arrière ou au moment de prendre son élan pour sauter* (Pitha, Vogt, Sistach, Linkenheld, Friis, Stabell, Will).

Dans le cas de flexion forcée, le malade tombe, la jambe étant appuyée sur le sol par sa face antérieure ; le poids du corps fait alors fléchir la cuisse sur la jambe et le patient est assis sur son mollet. Si le tronc se renverse en arrière, la tension du quadriceps se trouve encore exagérée (Gaudier et Bouret).

L'accident se produit généralement après le saut, l'individu au moment où il touche le sol glisse et tend à retomber en arrière. Les cavités glénoïdes du tibia roulent sur les condyles fémoraux ; la rotule, fixée à la tubérosité par son ligament inextensible, ne pourra descendre qu'en mettant en jeu l'élasticité des extenseurs ; si la moindre contraction surprend la jambe dans le mouvement de flexion, la tension du quadriceps est portée à son plus haut degré et l'arrachement de la tubérosité se produit.

D'autres fois, c'est au moment où l'individu prend son

élan pour sauter que la fracture se produit (Wollenberg, Linkenheld) : à ce moment en effet la jambe est en flexion forcée sur la cuisse.

Enfin, c'est en voulant éviter une chute en arrière que la tubérosité a pu être arrachée (Morgan, Vuillet) ; à cè moment les deux segments du membre inférieur sont fléchis, les extenseurs se contractent d'une façon violente, pour ainsi dire convulsive, pour ramener le corps suivant la verticale.

Si le tronc se renverse en arrière, l'arrachement est encore facilité : le tronc transformé en une tige rigide pèse de tout son poids sur les extrémités des extenseurs et on conçoit que cette énorme puissance du muscle tendu au-delà de ses limites puisse arracher l'éminence osseuse sur laquelle il s'insère.

Dans les fractures partielles, le rôle du traumatisme est très effacé et dans un certain nombre de cas il est spécifié qu'il n'y a eu aucun traumatisme antérieur.

C'est généralement au cours d'exercices musculaires violents que se produit l'arrachement partiel ; les exercices de foot-ball, de gymnastique, sont fréquemment notés.

« Les joueurs de foot-ball sont les plus exposés à contracter la lésion, car aucun autre sport ne demande un effort aussi considérable du quadriceps fémoral » (Jensen).

Dans le mécanisme de ces fractures partielles, le rôle de la contraction musculaire joint à la disposition anatomique de la tubérosité est suffisamment évident.

Pathogénie

Lorsqu'il se produit une tension exagérée du quadriceps, soit par suite d'une flexion forcée de la jambe, soit par suite d'efforts effectués pour éviter une chute en arrière, quatre ordres de lésions pouvent être observés ; ce sont : la fracture totale ou partielle par arrachement de la tubérosité antérieure, la rupture du ligament rotulien, la fracture de la rotule, la rupture du tendon du quadriceps.

Avec Jensen, on peut dire schématiquement que :

La fracture de la rotule se produit de 20 à 40 ans ;

L'arrachement du tendon rotulien de 40 à 60 ans ;

La fracture de la tubérosité antérieure de 12 à 20 ans ;

L'âge du sujet a donc une influence indéniable sur la nature de la lésion.

Etant donné le développement de la tubérosité antérieure du tibia et son mode de soudure à l'épiphyse supérieure et à la diaphyse, on conçoit facilement qu'une contraction du quadriceps puisse décoller cette éminence osseuse. Trois alternatives sont possibles.

1° *La synostose apophyso-épiphysaire ne s'est pas encore effectuée*, on aura affaire à un simple décollement apophysaire.

2° *La synostose apophyso-épiphysaire, est en train de s'effectuer* et on a vu qu'elle se faisait de la superficie vers la profondeur. Le décollement, s'effectuant de la profondeur vers la superficie, fera facilement sauter le léger pont osseux : il y aura encore un arrachement isolé de la tubérosité, mais qui ne sera plus un décollement apophysaire pur.

3° *La synostose apophyso-épiphysaire est complète* ; dans ce cas on peut avoir un arrachement simple de la tubérosité, ou un arrachement avec entraînement d'un fragment de la tête tibiale. (Wasse, Sendler, Gaudier).

Anatomie pathologique

I. — Fractures totales. — Les fractures totales de cause directe sont, nous l'avons vu, exceptionnelles.

Dans les deux cas actuellement connus, les lésions anatomo-pathologiques consistaient en une section plus ou moins nette des téguments ; la tubérosité était fracturée suivant un trait oblique en haut et en arrière ; dans un cas, de petits fragments osseux avaient été détachés de l'extrémité supérieure de la crête tibiale (Sinibaldi).

Les fractures de cause indirecte présentent les particularités suivantes.

Le *trait de fracture* peut être transversal, oblique en haut et en arrière, vertical ; suivant les cas, il détache soit la tubérosité seule, soit la tubérosité avec un fragment de la tête tibiale (Sistach, Will, Muller), soit même un fragment des cartilages articulaires (Sendler, Wasse, Gaudier et Bouret, Linkenheld, Jensen).

La *forme et les dimensions du fragment* tubérositaire sont très variables. Il présente souvent la forme d'une pyramide triangulaire à base supérieure (Sistach, Wasse, Friis, Wollenberg, Linkenheld), dont la hauteur est d'environ 3 ou 4 centimètres, la base d'environ 2 à 6 centimètres.

Le *déplacement* du fragment n'est pas constant et trois cas sont à considérer.

1° Le fragment reste en place, il a conservé quelques adhérences périostées avec le tibia ; généralement l'adhérence se fait au niveau de la base du fragment (Key, Vogt, Volkmann, Mazzoni, Will), exceptionnellement au niveau de l'un des bords (Richet).

2° Le fragment subit un mouvement de bascule ; en effet, lorsque sa base reste fixe, la contraction du quadriceps, au lieu d'attirer la masse du fragment en haut, le fait tourner autour de sa base suivant un axe transversal. Le fragment ainsi basculé, vient, par sa pointe, faire saillie sous les téguments.

Dans ce cas la base du fragment tubérositaire glisse vers l'interligne articulaire et se coince entre le plateau tibial et la poulie fémorale (Wasse, Sendler, Gaudier et Bouret, Linkenheld).

3° Le fragment peut subir un mouvement d'ascension en haut, et la rotule se trouve sur un plan plus élevé que normalement (Sandberg, Pitha).

Relativement aux *lésions des parties molles*, il existe un hématome souvent considérable dans le tissu lamelleux sous-cutané ; cet hématome provient d'une part du sang qui s'écoule du foyer de fracture d'autre part des nombreux vaisseaux qui se ramifient dans la région.

Les *lésions de la synoviale* manquent si le trait de fracture n'intéresse pas l'articulation ; dans le cas contraire, la synoviale est déchirée et une hémarthrose considérable se produit.

II. Fractures partielles. Les lésions anatomo-pathologiques des fractures partielles de la tubérosité ne sont connues que par la radiographie.

Elles sont très différentes suivant les cas et on s'explique facilement les discussions auxquelles a donné lieu l'interprétation des images radiographiques.

Rokéach propose la classification suivante basée sur l'analyse de 25 observations.

1° L'*arrachement de la pointe de la tubérosité* est la variété la plus fréquemment observée ; le fragment détaché est reporté en avant ; son volume peu considérable ne dépasse guère celui d'un pois.

Quelquefois, il y a non pas un fragment, mais deux ou trois noyaux isolés (Schlatter).

2° Le *décollement de la pointe de la tubérosité* constitue la deuxième variété anatomique : la portion inférieure du prolongement épiphysaire est soulevée, décollée de la dia-

physe et celle-ci, dans la partie correspondante, présente un contour irrégulier (Schlatter, Reblaud, Bowser, Thomson).

3° A un degré plus marqué, il existe un *décollement presque complet au niveau de la bande cartilagineuse apophyso-diaphysaire* (Schlatter).

4° Lorsque la radiographie a été faite longtemps après le début des accidents, on ne constate qu'un *épaississement de la tubérosité* (Schlatter, Thomson) qui porte soit sur la totalité du prolongement épiphysaire, soit sur son extrémité inférieure seulement.

La radiographie, pratiquée deux fois, à six mois d'intervalle, chez un malade de Schlatter, fit constater, sur la première épreuve un fragment ovoïde détaché de la tubérosité ; sur la deuxième, ce fragment osseux s'était soudé complètement au prolongement épiphysaire.

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue clinique, on doit décrire deux variétés de fractures de la tubérosité antérieure : les fractures totales et les fractures partielles.

I. FRACTURES TOTALES — Comme pour les fractures de la rotule, il faut distinguer deux cas suivant que la tubérosité fracturée a perdu ou non toutes ses connexions avec le périoste et les tissus aponévrotiques avoisinants.

Dans les deux cas les signes fonctionnels sont identiques.

Le malade raconte qu'il a fait une chute en avant, la jambe étant fortement fléchie, ou bien qu'il a fait un effort violent pour éviter une chute en arrière, quelquefois il dit avoir ressenti une sensation de craquement, de déchirure (Jensen).

La *douleur* est un phénomène constant : très intense au moment de l'accident (Friis, Sandberg), elle s'atténue dans les heures qui suivent, mais elle est réveillée par la pression au niveau du trait de fracture et par les mouvements imprimés au genou.

Si on met la jambe en flexion sur la cuisse, on détermine une vive douleur au niveau de l'insertion tibiale du ligament rotulien.

L'*impotence fonctionnelle* résulte de la rupture de l'insertion inférieure du quadriceps, mais le degré d'impotence fonctionnelle pourra varier, dans de faibles limites du reste, suivant que le fragment tubérositaire a été ou non complètement détaché.

Le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse est naturellement impossible. Comme le remarquent Gaudier et Bouret, la chute est généralement la cause de la fracture de la tubérosité, mais quand l'accident a été provoqué par une contraction exagérée du quadriceps, pour éviter une chute en arrière, elle en est le résultat.

A l'examen de la région, on constate immédiatement un *gonflement* qui apparaît généralement de bonne heure, une demi-heure ou même un quart d'heure après l'accident (Vogt, Sendler, Gaudier).

Le gonflement intéresse non seulement l'extrémité supérieure de la jambe, mais encore toute la région du genou et même le quart inférieur de la cuisse. Il tient d'une part à l'épanchement sanguin qui infiltre les parties molles péri-tubérositaires, d'autre part, à l'épanchement sanguin qui distend la synoviale du genou.

Lorsque le gonflement provient uniquement de l'hémorragie qui se produit au niveau du foyer de fracture, la tuméfaction prend une forme de croissant dont la concavité répond à la partie inférieure du genou (Gaudier et Bouret).

Si la synoviale du genou est intéressée, à l'épanchement sanguin péri-tubérositaire s'ajoute l'hémarthose du genou et la déformation de la région devient considérable.

L'*ecchymose*, conséquence de l'épanchement péri-articulaire, se produit tardivement. Elle peut occuper une surface considérable, mais, comme pour le gonflement, son siège varie suivant qu'il y a ou non hémarthrose.

S'il n'y a pas d'hémarthrose, la teinte ecchymotique de la peau s'étend sur la jambe ; s'il y a hémarthrose, à l'ecchymose jambière s'ajoute une ecchymose péri-rotulienne et fémorale.

Les *lésions traumatiques de la peau* qui recouvre la région de la tubérosité antérieure manquent, puisque le mécanisme des fractures de la tubérosité antérieure est toujours celui de l'arrachement.

Dans les deux seuls cas connus de fracture de cause directe, il existait une section nette, transversale des téguments, produite par un coup de sabre (Lassus) ou une perte de substance irrégulière, produite par un coup de pied de cheval (Sinibaldi).

Lorsque l'épanchement péri et intra-articulaire est très abondant, il est difficile de délimiter exactement le contour des surfaces osseuses.

On peut percevoir un fragment osseux, à cinq ou six centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, au niveau de la tubérosité antérieure.

Si le fragment tubérositaire a perdu toutes ses connexions avec les plans périostiques et aponévrotiques, on constate qu'il peut occuper un siège variable : ou bien il n'a pas subi de déplacement, ou bien, entraîné par le quadriceps, il est situé sur un plan plus élevé, ou bien il est coincé entre les condyles fémoraux et les plateaux tibiaux.

Le fragment tubérositaire est mobile en tous sens, verticalement et transversalement, exception faite pour les cas où il semble avoir pénétré dans l'articulation.

Faisant corps avec le ligament rotulien, il suit passivement les mouvements imprimés à la rotule et réciproquement.

La crépitation osseuse, symptôme dont il faut savoir se passer, ne sera perçue que si le fragment tubérositaire a subi une ascension minime.

Au-dessous du fragment osseux, le doigt qui palpe tombe dans une dépression qui répond au sommet de la crête tibiale (Sinibaldi). Cette dépression en coup de hache représente l'endroit antérieurement occupé par la tubérosité remontée.

Au-dessus du fragment, on sent la rotule située sur un plan plus élevé que normalement (Sinibaldi, Pitha, Sandberg, Vulliet, Bouret). La mobilité de la rotule est bien plus considérable qu'à l'état normal et, point important, cette mobilité se produit aussi bien dans la flexion que l'extension.

Si la tubérosité fracturée a conservé quelques connexions avec la tête du tibia, la symptomatologie présente les particularités suivantes :

Le fragment osseux subit une élévation tout à fait insensible ; mais il peut subir un mouvement de bascule autour d'un axe transversal passant par sa base, et sa pointe peut venir faire saillie sous la peau, saillie qui s'exagère dans les mouvements de flexion.

La dépression en coup de hache, déjà signalée, est très accentuée ; les mouvements de latéralité sont impossibles, étant donnée la disposition du fragment.

L'élévation de la rotule est peu considérable, ne dépassant jamais un à deux centimètres.

II. FRACTURES PARTIELLES. — Leur symptomatologie a été étudiée presque simultanément par Osgood en Amé-

rique, et Schlatter à Allemagne ; en 1907, Jensen apporte une contribution importante à l'étude de cette variété de fracture, et en 1909, Bowser, Thomson, Cazamion, Schiller, Taylor publient de nouvelles observations.

La symptomatologie des fractures partielles est bien différente de celle des fractures totales. « Le sujet traité par moi, dit Schlatter, n'a rien à faire avec les fractures complètes par arrachement du prolongement épiphysaire ».

Relativement au mode de début, les symptômes de la maladie de Schlatter sont moins nets que ceux des fractures totales.

Les premiers symptômes peuvent apparaître à la suite d'un traumatisme direct ; plus souvent les phénomènes douloureux sont survenus à la suite d'une contraction musculaire violente : en jouant au foot-ball, en essayant d'éviter une chute en arrière, en sautant, au cours d'exercice de gymnastique.

Dans quelques cas il est impossible de retrouver un traumatisme antérieur (Schlatter, Reblaud).

La *douleur* peut survenir dans les premiers instants qui suivent le traumatisme ou l'effort ; rarement elle est très vive et les malades peuvent continuer à marcher. Généralement, c'est à cause de la persistance des phénomènes douloureux que les malades viennent consulter.

L'*impot nce fonctionnelle* n'est jamais complète : le malade traîne la jambe et hésite à prendre point d'appui sur le membre où siège la fracture. L'intégrité des fonctions de l'articulation du genou, malgré l'arrachement d'une partie de la tubérosité s'explique par ce fait qu'à côté du ligament rotulien, il existe tout un autre appareil d'extension, constitué par des faisceaux tendineux venant des vastes et du fascia lata et allant s'insérer sur l'extrémité supérieure du tibia, tout près et de part et d'autre de la tubérosité antérieure (Osgood, Jensen).

Les signes physiques propres aux fractures partielles sont peu accentués.

La palpation détermine une *douleur bien localisée* au niveau de la tubérosité, douleur à laquelle Schlatter attache une grande importance. Ce symptôme est constant et le siège de la douleur est environ à deux centimètres au-dessous de la rotule.

La *tuméfaction et l'œdème des parties molles* s'observent dans près de la moitié des cas (Schlatter, Jensen, Bowser). Elle est peu accentuée, localisée au niveau de la tubérosité. Les modifications des parties osseuses ne sont difficiles à apprécier que si la tuméfaction est considérable. Dans quelques cas, on ne perçoit qu'un simple *épaississement de la tubérosité antérieure* (Schlatter, Reblaud).

Plus souvent on sent une saillie anormale ou une proéminence osseuse.

La *perception d'un frament osseux libre* et mobile est signalée dans plusieurs observations (Schlatter, Ozenne).

Les mouvements imprimés à l'articulation du genou sont généralement complets et indolents ; néanmoins la flexion forcée de la jambe sur la cuisse peut déterminer une douleur au niveau de la tubérosité.

La crépitation osseuse n'a jamais été signalée.

En somme, les fractures de la tubérosité antérieure du tibia « à type Schlatter » déterminent un complexus symptomatique généralement fruste.

« La douleur survenant rapidement au-dessous du
« genou à la suite d'une contraction musculaire violente,
« la tuméfaction de la région, la proéminence de la tubé-
« rosité, sont autant de symptômes cliniques importants,
« de même que la réapparition des douleurs après un long
« repos, à l'occasion d'une contraction violente du qua-
« driceps fémoral » (Schlatter).

Diagnostic.

Nous étudierons successivement le diagnostic des fractures totales et des fractures partielles.

I. Fractures totales.

Tout à fait au début, avant l'apparition du gonflement des tissus, on pourra porter le diagnostic de fracture de la tubérosité antérieure en se basant sur les symptômes précédemment décrits.

Néanmoins, même dans ces conditions favorables, on a méconnu la fracture de la tubérosité et porté le diagnostic de rupture du tendon rotulien (Stabell), de fracture de la rotule (Key, Will).

Lorsque le gonflement de la région est considérable, le diagnostic clinique est très délicat et nous allons passer en revue les lésions du genou susceptibles d'être confondues avec la fracture qui nous occupe.

La *contusion simple du genou* ne peut prêter à erreur : les lésions des téguments, l'ecchymose précoce, l'absence de tout point osseux douloureux, la régularité de la crête tibiale et de la tubérosité permettent le diagnostic.

L'*entorse du genou* atteint généralement les ligaments latéraux ; la localisation de la douleur, l'intégrité de la région apophysaire et du ligament rotulien sont des éléments de diagnostic suffisants.

Les *fractures de l'extrémité supérieure du tibia* sont consécutives à un traumatisme direct ; l'hémarthrose et l'hématome péri-articulaire sont énormes et il y a un élargissement notable du diamètre transversal de la jambe. Le diagnostic clinique sera à peu près impossible, si le trait de fracture qui détache la tubérosité a détaché en même temps une grande partie du segment antérieur des plateaux tibiaux.

Le *décollement de l'épiphyse supérieure du tibia* (Vulliet) est impossible cliniquement à diagnostiquer.

L'*arrachement du ligament rotulien* présente une certaine analogie avec la fracture de la tubérosité antérieure (Stabell) ; mais s'il existe une douleur vive au niveau de la tubérosité, celle-ci n'est pas remplacée, comme dans la fracture, par une dépression en coup de hache.

Dans tous les cas, on se souviendra que la rupture du ligament rotulien s'observe surtout chez l'adulte et le vieillard, alors que la fracture par arrachement de la tubérosité est surtout l'apanage de l'enfance et de l'adolescence.

La *fracture transversale de la rotule* a simulé la fracture de la tubérosité. D'après Gaudier et Bouret, sur treize cas, six fois l'erreur a été commise et dans un cas de Linkenheld, qui avait trait à une double fracture de la tubérosité, le diagnostic porté fut celui de fracture de la rotule.

On s'explique facilement la possibilité de confusion entre ces deux fractures. L'étiologie, les signes fonctionnels, les signes objectifs sont les mêmes. Au-dessous de la rotule remontée on sent un fragment osseux, mobile : c'est la tubérosité dans un cas, le fragment inférieur de la rotule dans l'autre.

Gaudier et Bouret ont décrit les signes qui permettent de différencier ces deux fractures. Dans le cas de fracture de la rotule, on ne constate ni douleur, ni dépression au niveau de l'extrémité supérieure de la crête tibiale ; le fragment supérieur présente une face inférieure rugueuse irrégulière, le fragment inférieur ne peut être remonté ; si on enfonce le doigt entre les deux fragments, il bute, dans le cas de fracture de la rotule, contre les condyles fémoraux, ce qui n'a pas lieu dans le cas de fracture de

la tubérosité par suite de la présence du ligament rotulien.

On conçoit la difficulté de rechercher ces symptômes, pour peu que le gonflement soit marqué.

Lorsqu'on aura pu poser le diagnostic de fracture totale de la tubérosité antérieure du tibia, il faut chercher si la fracture s'accompagne ou non de déplacement, point important au point de vue pronostique et thérapeutique.

Le tableau ci-dessous, emprunté à Rokéach, résume les caractères de chaque variété, malheureusement d'une façon trop schématique.

Fractures sans déplacement.	*Fractures avec déplacement.*
Gonflement sous-articulaire.	Gonflement sous et sus-articulaire.
Ecchymose jambière.	Ecchymose jambière et fémorale.
Ascension rotulienne minime.	Ascension rotulienne appréciable.
Dépression sous-fragmentaire en coup de hache très marquée.	Dépression moins marquée.
Fragment osseux mobile autour d'un axe transversal, immobile dans le sens latéral.	Fragment osseux mobile en tous sens.

II. Fractures partielles.

Plus difficile encore est le diagnostic clinique des fractures partielles par arrachement : la douleur bien localisée au niveau de la tubérosité antérieure est le seul symptôme constant (Schlatter). L'absence fréquente de tout traumatisme antérieur, la réduction au minimum de l'impotence fonctionnelle, l'évolution lente de l'affection, contribuent à faire méconnaître cette variété de fracture.

L'existence même de ces fractures a été contestée, et bien des auteurs, parmi lesquels Alsberg, Lanz, Jacobsthal, Bergmann, nient l'existence de la maladie de Schlatter. Pour eux, la symptomatologie attribuée par Schlatter à cette variété de fracture n'a absolument rien de caractéristique.

Cette symptomatologie est celle de l'apophysite tibiale traumatique ou hypertrophiante ; l'insertion sur la tubérosité d'un muscle aussi actif que le quadriceps fémoral, les tractions répétées de son tendon, ont une influence néfaste sur la région osseuse en travail d'évolution. Dans l'apophysite traumatique, l'inflammation est purement hyperémique et plastique, c'est la région cartilagineuse qui est le point de départ de l'accélération du mouvement ostéogénique ; plus tard le processus inflammatoire s'étend sur le périoste et les cellules osseuses embryonnaires, il en résulte une hyperostose (Zésas).

Pour Alsberg, les observations d'apophysite tibiale se superposent exactement, au point de vue clinique, aux observations de fractures partielles de Schlatter.

En résumé, on se trouve en présence de deux opinions : celle de Schlatter, pour qui toutes les observations étiquetées apophysites sont des fractures partielles par arrachement ; celle d'Alsberg, Lanz, Jacobsthal, Bergmann, Zésas, pour qui toutes les observations de maladie de Schlatter ont trait à des apophysites traumatiques ou des apophysites de croissance. Cliniquement, le diagnostic entre les deux affections est impossible, mais les épreuves radiographiques des cas récents de Reblaud, Ozenne, Jones, Bowser et Thompson, dont nous avons montré les variétés à propos de l'anatomie pathologique, sont trop démonstratives pour qu'on puisse mettre en doute l'existence des fractures partielles par arrachement.

Evolution et Pronostic.

Dans les fractures totales, nous devons considérer l'évolution anatomique de la fracture et l'avenir fonctionnel des malades.

La formation d'un *cal osseux* n'est possible que si la tubérosité fracturée n'a pas subi un déplacement notable. Ce cal osseux, bien observé par Key et Volkmann, peut parfois devenir exubérant et se présenter sous forme d'une exostose de la tubérosité antérieure du tibia (Richet, Vulliet). La formation d'un *cal fibreux* peut s'observer au niveau de la tubérosité du tibia comme elle s'observe au niveau de la rotule (Vogt, Sendler.

La *pseudarthrose* a été notée dans les fractures avec déplacement non réduites (Heydenreich, Sistach).

Au point de vue de l'évolution fonctionnelle, il faut distinguer deux séries de malades suivant qu'ils ont ou non subi l'intervention sanglante. *Chez les malades traités par les seuls moyens orthopédiques*, les résultats ont souvent été médiocres au point de vue fonctionnel (Vogt, Sendler), et en tous cas, il s'est écoulé un laps de temps considérable avant le retour complet de la fonction du membre (Müller, Lotheissen). La fracture itérative ou la rupture du cal fibreux ont été observées par Heydenreich et Vulliet.

Chez les malades qui ont été opérés, nous voyons que l'intégrité fonctionnelle a été obtenue constamment et rapidement ; le pronostic est donc bien différent.

Dans les fractures partielles, le pronostic est souvent médiocre : méconnue ou mal soignée, la fracture de Schlatter peut entraîner une infirmité absolue ou tout au moins interdire au malade tout exercice un peu violent ou prolongé. Le membre lésé reste presque toujours un peu faible, et dans l'effort, le malade hésite à prendre point d'appui sur lui tant à cause des phénomènes douloureux, qu'à cause de l'atrophie légère des muscles de la cuisse.

Traitement.

I. — Fractures partielles.

« L'immobilisation au moyen de bandages compressifs constitue le seul traitement véritablement efficace de cette lésion » (Schlatter).

Dès que l'on a constaté l'existence d'une fracture partielle par arrachement, on devra immobiliser le malade. Schlatter emploie tantôt une gouttière plâtrée, tantôt un appareil silicaté, tantôt un simple pansement compressif.

La durée de l'immobilisation n'a rien de fixe, elle ne devra pas cependant dépasser quinze jours, de façon à éviter l'ankylose et l'atrophie. Le massage et la mobilisation progressive hâteront la guérison complète.

Contre les phénomènes douloureux, Jensen conseille l'application d'un sachet de glace sur la région ; la méthode de Bier a donné de bons résultats à Bowser.

L'intervention chirurgicale n'a jamais été pratiquée dans les fractures partielles.

II. — Fractures totales.

Dans les fractures totales de la tubérosité, les méthodes de traitement peuvent être ramenées à deux groupes : méthode non sanglante, méthode sanglante.

Dans la majorité des cas, le traitement institué consistait en une application de bandelettes de diachylon destinées à abaisser la rotule et à appliquer le fragment osseux contre le tibia, le membre étant dans l'extension et élevé au-dessus du plan du lit.

Plus rarement, on a eu recours à l'intervention sanglante ; celle-ci a consisté soit dans l'enclouement de la tubérosité (Will, Sandberg, Wasse), soit dans la suture

osseuse au fil d'argent (Sinibaldi, Linkenheld) soit dans la suture avec une agrafe de Jacoël (Gaudier et Bouret).

Quelles sont les indications du traitement orthopédique ou sanglant ?

Le traitement des fractures totales de la tubérosité antérieure du tibia doit répondre aux deux indications principales suivantes :

1° Réduction aussi complète que possible du ou des fragments tubérositaires.

2° Restitutio ad integrum des mouvements du membre lésé.

La méthode à suivre variera suivant qu'on aura affaire à une fracture avec ou sans déplacement.

Aussitôt après l'accident, le membre blessé sera mis au repos absolu et dans l'extension. Quand au bout de quatre ou cinq jours, le gonflement du membre aura disparu, deux cas peuvent se présenter.

1° Il y a *fracture totale de la tubérosité sans déplacement* ou avec très peu de déplacement.

Dans ce cas, le traitement orthopédique suffit, on abaissera la rotule à l'aide de bandes de diachylon ; on réduira le ou les fragments de la tubérosité, que l'on maintiendra appliquée contre le tibia à l'aide de simples bandes fortement serrées.

Les appareils plâtrés ou silicatés sont à rejeter, car ils ne permettent pas une mobilisation précoce du membre.

Après une immobilisation de 20 à 25 jours, on fera subir à l'articulation des mouvements de flexion passive, et insensiblement on arrivera aux mouvements actifs.

2° Il y a *fracture totale de la tubérosité avec déplacement.*

Dans ce cas, l'hémarthrose est parfois considérable et l'arthrotomie s'impose afin de vider l'articulation de ses caillots et d'agir directement sur la portion osseuse fracturée.

Relativement au manuel opératoire, on fera une incision de la peau en U, à convexité dirigée en bas ; le foyer de fracture est débridé, la cavité articulaire nettoyée et lavée soigneusement.

La synoviale du genou est suturée et il ne reste plus que la fracture proprement dite à traiter.

La réduction du fragment tubérositaire peut donner lieu à quelques difficultés dans les cas où le fragment est fortement enclavé et trop faible pour résister aux tractions directes exercées sur lui.

Gaudier et Bouret conseillent de passer dans le ligament rotulien un fil d'argent qui permettra sur ce tissu solide des tractions capables d'amener les fragments au contact du tibia.

Quant à la contention du fragment, elle sera obtenue par l'enclouement ou la suture osseuse. Le cerclage constitue le procédé de choix dans le cas où la tubérosité arrachée est composée de deux ou plusieurs fragments (Gaudier et Bouret).

Le membre sera immobilisé dans un appareil plâtré pendant dix jours au plus ; au bout de ce temps, on commencera le massage et la mobilisation.

Index bibliographique.

ABOULKER. — De l'ostéite apophysaire du tibia pendant la croissance. Thèse de Lyon, 1900.
ALSBERG. — Contribution à l'étude de l'apophyse du tibia. *Zeitschrift f. Orthop. Chir.*, Bd. XX, 1908.
ARCHAMBAULT. — Société clinique, 1878.
BERGMANN. — *Arch. f. klin. Chir.*, t. LXXXIX, fasc. 2, 1909, p. 477
BLEUCKE. — *Munch. Wochenschrift*, n° 34, 1906.
BOURET. — Thèse de Lille, 1904.
BOWSER. — *Schlatters Disease, Edim. med. J.*, mars 1909, p. 248.
BRUNS. — *Deutsche Chir.*, 1880, p. 157.
DAMMERMANN. — Inaug. Dissertatio, Berlin, 1895.
DONOGHUE. — *Boston med. a. surg. J.*, 1903, CXXLVIII
CAZAMION. — *Archives de médecine navale*, janvier 1909.
FRÜS. — Fract. tuber. tibiœ. *Hospitalstidende*, 1898, p. 485.
GAUDIER et BOURET. — *Revue de chirurgie*, 29 sept. 1905.
HEYDENREICH. — Fract. de l'extrémité supérieure du tibia. Thèse Paris, 1877.
JACOBSTHAL. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1907, t. LXXXVI.
JÉGUM. — Ostéite apophysaire de croissance, Thèse Paris 1878.
JENSEN. — *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 23, 1907.
JONES. — *Annals of Surgery*, 1909, p. 995.
KEY. — *The Lancet*, vol. II, p. 32.
LANZ. — *Wiener klin. Rundschau*, 1905, n° 3.
LASSUS. — Pathologie chirurgicale, 1809, t. II, p. 222.
LESSER. — *Munchener mediz. Wochenschrift*, 1905, n° 48.
LOTHEISSEN. — *Beiträge f. klin. Chir.*, 1899, Bd. 24, p. 694.
LINKENHELD. — *Deutsche Zeitschrift, f. Chir.*, 1907, Bd. LXXXVII.
MOREAU. — *Clinique de Bruxelles*, 13 mars 1909, p. 201.
DE MORGAN. — *Med. Times and. Gazette*, London, 1853, I, p. 268.
OSGOOD. — *Boston med. a. Surg. J.*, n° 5, 1903.
QUAIN. — *Elements of Anatomy*, 1890, p. 138.
RAMBAUD et RENAULT. — Origine et développement des os, t. I, p. 231.
RIEFFEL. — Traité de chir. Le Dentu, Delbet, Tome II, p. 460
ROKÉACH. — Thèse de Paris, 1910.
SCHLATTER. — *Beiträge f. klin. Chir.*, Bd. 18, Helt
SISTACH. — *Arch. gén. de médecine*, 1870, juillet p. 11. 3.
SINIBALDI. — *Clinica Chirurgica*, n° 1, 1909.
TAYLOR. — *Proceding of the royal Soc. of med.*, nov. 1909.
THOMSON. — *Edimb. med. J.*, mars 1909.
SCHILLER. — *Munch. med. Wochens*, n° 36, 1909.
VOGT. — *Berliner klin. Wochenschr.*, 1869, p. 225.
VULLIET. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1903.
WASSE. — *Annals of Surgery*, nov. 1904.
WEINLECHNER. — *Wien. mediz. Blätter*, 1881, n° 61.
WILLEMS. — *Société belge de Chirurgie*, 1897, p. 222.
WILL. — *British med. J.*, 1887, vol. 7. p. 152.
WOLLENBERG. — *Deutsche med. Wochensch.*, 1904, p. 1466.
ZESAS. — *Arch. générales de chir.*, déc. 1909, n° 12.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les médecins et les philosophes

Je réponds bien tardivement à l'article de M. *S. D.* sur le tome II de la *Folie de Jésus* (1), mais j'apprends aujourd'hui seulement qu'il m'est permis de répondre.

« Il est certain, dit de moi M. *S D.*, que l'auteur nuit à sa thèse par l'exagération qu'il apporte à son entreprise, en empruntant ses arguments, à allure trop tendancieuse, aux faits les plus simples, aux propos les plus ordinaires, les plus insignifiants, en n'expliquant pas un grand nombre de ceux qui paraissent bizarres, extraordinaires, par ce qu'on appelle la couleur locale (!). Par ce procédé, il serait aisé de découvrir un grain, voire plusieurs grains de folie, chez tous les hommes, même chez les aliénistes ».

Ai-je été si mal compris par un rédacteur du *Progrès médical* ? Quoi ! c'était un médecin qui trouvait une allure tendancieuse à un ouvrage dont les chrétiens eux-mêmes, catholiques et protestants, évêques et pasteurs, reconnaissent la probité scientifique !

C'était un aliéniste qui voyait des propos insignifiants ou des traits de couleur locale dans des discours si manifestement délirants que les parents de Jésus eux-mêmes le tenaient pour fou !

(1) Voir *Progrès Médical*, 1909, n° 52, p. 663.

La chose s'est, depuis, expliquée. M. *S. D.* n'est ni un médecin, ni un aliéniste : il est professeur de philosophie.

Je tiens à constater une fois de plus que les philosophes et les médecins psychologues en sont arrivés à ne plus pouvoir se comprendre. Hier, c'était un fossé qui nous séparait ; aujourd'hui, c'est une douve, je dirais presque un gouffre.

Les premiers sont de la section des lettres. Ils ont été nourris de poésie. Les sentiments, les émotions, le respect des traditions réputées élégantes influent considérablement sur leur façon d'apprécier les choses.

Les seconds ont construit un mur de refend entre leur vie intellectuelle et leur vie sentimentale. Celle-ci n'a aucune influence sur celle-là. Rien ne les trouble, rien ne les inquiète de ce qu'ils croient être la vérité.

Qui l'emportera des uns ou des autres ?

Si je disais que ce sont les médecins, on me renverrait à Molière, à ses médecins et à son orfèvre.

Si je disais que ce sont les philosophes, je manquerais de sincérité.

Nul ne sera vaincu, dans cette lutte courtoise, si ce n'est la philosophie.

La philosophie est un fatras où les intelligences les plus claires ont peine à se reconnaître, une olla-potrida où les esprits nébuleux de tous les temps, depuis Philon jusqu'à Kant, ont jeté leurs œufs à la crème. Quelqu'un, récemment, rappelait ce mot de Voltaire : « Lorsqu'un homme parle à un autre homme d'un sujet qu'il n'entend point, il fait de la philosophie ; et si ni l'un ni l'autre n'y comprennent goutte, c'est de la métaphysique ».

Il va falloir démêler tout cela. Les anthropologistes prendront à la philosophie ce qu'elle contient de scientifique, la psychologie avec la logique, la sociologie avec les pièces justificatives de l histoire, la morale naturaliste.

Que restera-t-il ?

La métaphysique. Elle sera le lot des prêtres de l'avenir.

Il n'y aura donc plus de philosophes.

Il y aura des psychologues qui connaîtront à fond l'anatomie, la physiologie, la pathologie humaines.

Il y aura des sociologues qui seront docteurs ès-sciences psychologiques.

Il y aura des hommes spécialisés dans l'art moral ou dans l'art politique qui auront fait leur sociologie.

Tous ces savants se comprendront. Ils n'auront point connu « les deux jeunesses. » Ils ne proviendront plus, les uns de l'idéaliste faculté des lettres ou de la fashionable faculté de droit, les autres de la rude et franche faculté de médecine : ils seront tous de la section des sciences naturelles.

Dr BINET-SANGLE.

PRATIQUE MÉDICO CHIRURGICALE

Rein abaissé et foie mobile

Par le Dr Anselme SCHWARTZ.

Lorsqu'on découvre chez un malade, par l'exploration bimanuelle du flanc droit, une masse plus ou moins volumineuse que la main lombaire peut refouler vers la main abdominale, on songe instantanément au rein droit et il est bien rare, exceptionnel même, que l'on pense à autre chose.

Or, s'il est vrai qu'une tumeur ballotante du flanc droit est constituée, dans l'immense majorité des cas, par le rein droit, il est non moins certain que des sensations absolument identiques peuvent être fournies par le foie abaissé.

Voici une histoire des plus instructives qui vient à l'appui de cette assertion.

Chez un petit garçon de sept ans, qui venait d'avoir une colique néphrétique avec expulsion d'un calcul urique, et dont l'histoire d'ailleurs a été rapportée dans un récent article de ce même journal (voir *Progrès médical* 10 septembre 1910) il existait dans le flanc droit une tumeur volumineuse, donnant avec une netteté absolue le signe du ballottement rénal, s'abaissant avec la respiration et un peu sensible au palper. Il paraissait logique de considérer cette tumeur comme un gros rein et cela d'autant plus que l'enfant venait d'avoir une histoire de calcul avec hématurie parfaitement caractérisée.

Ce diagnostic méritait confimation, puisqu'il conduisait rationnellement à une intervention chirurgicale, ayant pour but l'extraction d'un calcul qui obstruait les voies urinaires.

Je provoquai donc une consultation et l'enfant fut examiné par deux de mes collègues de la Faculté de Paris qui conclurent d'une façon catégorique à l'existence d'un calcul ayant déterminé de la dilatation rénale et à la nécessité d'une intervention sur le rein.

Cependant la radiographie, faite par deux fois, n'avait montré aucune trace de calcul ; d'autre part j'avais été impressionné par ce fait que l'enfant, deux jours après sa colique néphrétique, avait rendu un petit gravier qui m'avait paru suffisamment volumineux pour expliquer tous les accidents.

Je me mis donc en devoir d'examiner à nouveau et aussi scrupuleusement que possible cette tumeur du flanc droit, d'en préciser les limites, d'en sentir le contour.

Or, durant ces recherches, je sentis d'une façon d'abord vague, puis de plus en précise, un bord inférieur tranchant ; dès lors pensant qu'il pouvait s'agir, non pas d'un rein, mais d'un foie abaissé, et dirigé, dans mon exploration, par cette idée, j'arrivai bientôt à redresser ce foie mobile. à passer la main sous le bord tranchant et à refouler ce foie sous le rebord costal.

Fort de ma conviction je fis part de ma découverte à la famille, et je lui demandai de faire radioscoper l'enfant.

Je pus, le lendemain, devant l'écran radioscopique, et avec une netteté absolue, voir le foie descendant dans la fosse iliaque ; avec mes doigts, et toujours sous le contrôle de la radioscopie, il me fut facile de remonter le foie sous les côtes.

Je portais chez cet enfant le diagnostic de foie mobile avec intégrité du rein droit.

Une ceinture abdominale a suffi pour maintenir le foie en place, et depuis lors l'enfant se porte fort bien, il y a de cela plus d'un an.

Les faits de ce genre, et j'ai eu l'occasion d'en observer un autre dans le courant de cette année, montrent d'une façon indiscutable que le foie mobile simule, à s'y méprendre, un gros rein, et qu'il peut être dangereux de porter un diagnostic hâtif.

Donc, lorsque l'exploration bi-manuelle du flanc droit aura montré l'existence d'une tumeur ballottante, il faut, avant d'affirmer qu'il s'agit d'un rein, penser au foie mobile et pratiquer, avant d'écarter cette affection, une triple recherche.

1° Essayez avec les doigts de la main droite d'accrocher le bord inférieur de la tumeur. Le foie mobile est en général basculé ; son bord libre touche la paroi abdominale postérieure ; mais on arrivera le plus souvent, en faisant faire au malade de larges inspirations, à accrocher ce bord tranchant, dont le passage donne un ressaut tout particulier et caractéristique.

2° Cherchez sur le thorax la matité hépatique ; lorsque le foie est abaissé, sa zone de matité thoracique a diminué ou disparu.

3° Placez le malade devant l'écran radioscopique et vous constaterez *de visu* la place occupée par le foie.

ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Les épidémies récentes de poliomyélite aiguë dans l'Amérique du Nord.

La notion de l'épidémicité de la paralysie infantile est une chose bien connue depuis les œuvres maîtresses des médecins scandinaves Wickmann (1) en 1905, d'Harbitz et Scheel (2) en 1907, à l'occasion des grandes épidémies de Norwège et de Suède : la mortalité s'éleva à 13.1 %. Dans ces 3 dernières années, de graves épidémies éclatèrent à New-York en 1907 avec 2.500 cas (3) et dans l'été de 1908 avec 1.200 nouveaux cas (4). Les autres parties de l'Etat de New-York les Etats de New-Jersey, Connecticut, Massachusetts (236 cas) (5), Pensylvanie sont également éprouvés dans l'été de 1908. Dans le Minnesota (150 cas), le Michigan, le Wisconsin, à Salem en Virginie (25 cas) (6), l'épidémie sévit dans le même été.

A Victoria en Australie, Stevens (7) analysa 135 cas nouveaux dans les mois d'automne 1907.

En Autriche, Zappert (8) a pu réunir de juillet 1908 à février 1909 266 cas (129 à Vienne, 137 en Basse-Autriche), en Styrie en 1909, 506 cas ; en Carinthie, plus de 230.

En Allemagne, en 1908, surtout en avril et en septembre, une épidémie se déclare dans le bassin industriel de la Ruhr et fait plus de 2.000 victimes.

En Angleterre, en Italie, dans les Pays-Bas on signale également en 1909 des petits foyers épidémiques.

En France, Netter (9) a eu connaissance d'une centaine de cas de paralysie infantile ayant débuté en juin 1909 à Paris et dans sa banlieue, ainsi que dans divers points de la France (Basses-Alpes, Calvados, Pas-de-Calais).

A la même époque, une épidémie sévit dans l'Amérique du Nord. Entre le 1er juillet et le 31 décembre 1909, Russel (10) observa 38 cas de poliomyélite aiguë au Royal Victoria Hospital à Montréal et dans sa pratique privée. L'âge des malades (18 femmes, 20 hommes) allait de 3 mois à 42 ans : 25 étaient âgés de 1 à 5 ans, 8 de 6 à 10 ans, 1 cas était compris entre 11 et 15 ans. 1 entre 21 et 25, 2 entre 36 et 40, 1 entre 40 et 45.

Le plus grand nombre de cas fut observé en août (12 cas) et septembre (13) ; 4 survinrent en juillet, 9 en octobre.

(1) Wickmann.— Studien über Poliomyelitis acuta. Karger. Berlin 1905.
(2) Harbitz et Scheel. — Pathol. anat. Untersuchungen über akute Polyomyelitis, in Norwegen, 1903-6. Broggers. Christiania, 1907.
(3) Starr. M. Allen. — *Journ. Amer. med. Assoc.*, 11 juillet 1908, p. 112.
Collins — *Med. Record.* 2, 1907, p. 725.
(4) Koplik. — *Archiv. of Pediat.*, mai 1909, p. 321
(5) Lovett. — *Boston med. and. Surg. Journ.*, 30 juillet 1908, p. 112 ; 22 juillet 1909, p. 113.
Emerson. — *Boston med. and surg. Journ.*, 22 juillet 1909, p. 115.
(6) Wiley et Dardem. — *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LIX, n° 8.
(7) Stevens — *Intercolon. med. Journ. of Australasia*, 20 nov. 1908, p. 573.
(8) Zappert. — *Wiener med. Woch.*, 13 nov. 1909, p. 2683.
(9) Netter. — *Bull. et mem. de Soc. méd. des hôp.*, 1909, p. 515. *Bull. de l'Acad. de méd*, 31 mars 1910, p. 488.
(10) Colin K. Russel. — *Canadian med. Assoc.*, juin 1910.

Anderson (1) signale une épidémie de 279 cas de poliomyélite aiguë survenue vers le milieu de mai 1909 dans le Nebraska. 86 cas (48 hommes, 38 femmes) furent observés par lui personnellement. L'âge des malades allait de 6 mois a 36 ans, 5 étaient âgés de moins d'un an, 7 de 1 à 2, 7 de 2 à 3, 9 de 3-4, 9 de 4-5, 9 de 5-6, 12 de 6-7, 9 de 7-8, 4 de 8-9, 2 de 9-10, 7 de 10-15 ; 4 de 16-20 ; 2 de 20-22 et un de 36 ans. L'affection mérite donc bien son nom de paralysie *infantile*.

Sa nature infectieuse est nettement prouvée par l'allure épidémique qu'elle présente, et le contage doit être très facile, car il existait souvent dans la même maison plusieurs enfants atteints de poliomyélite aiguë. Parfois la maladie sembla apportée par une tierce personne en apparence indemne, mais ces cas sont rares.

Dans 2 cas relatés par Russel, il existe une étrange coïncidence : un enfant de 2 ans présente une paralysie du muscle deltoïde gauche ; le père avait précisément une paralysie identique du même muscle qui s'était développée dans l'enfance. Chez un autre enfant, apparut également une paralysie du deltoïde, et un an auparavant son frère avait présenté une paralysie semblable.

Dans la plupart des cas de Russel, les signes prodromiques apparurent de 6 heures à 7 jours avant la paralysie. Dans 5 cas cependant la paralysie se déclara soudainement chez des enfants qui jouaient et étaient dans une parfaite santé apparente. Habituellement, le malade se plaignait d'un malaise général indéfini, de céphalée et vomissait une fois ou deux, la constipation était habituelle mais il existait aussi de la diarrhée.

Les symptômes nerveux varient suivant la forme : cérébrale ou spinale. Dans la forme cérébrale, la plus rare, on note parfois une paralysie faciale passagère, du délire, des convulsions et quelquefois de la torpeur. Souvent il existe une hyperesthésie marquée et une douleur vive des extrémités et parfois du thorax et du ventre.

Dans la forme spinale, les deux premiers symptômes sont une rigidité musculaire anormale autour du rachis et un signe de Kernig modifié, c'est-à-dire plus marqué d'un côté que de l'autre. Sa recherche est d'ailleurs douloureuse. La température monte à 39-40°. Les réflexes patellaires sont habituellement exagérés et inégaux pour les deux jambes. Quand la paralysie est imminente, les réflexes diminuent.

La rigidité du rachis s'accentue de plus en plus, parfois même il existe de l'opisthotonos. Fréquemment on observe du tremblement et des mouvements cloniques. Les vomissements sont communs et quelquefois ils deviennent incoercibles. La constipation par atonie intestinale est la règle, il existe aussi souvent de l'atonie vésicale entraînant de la rétention d'urine.

Le 3e jour, la température, dans les cas graves, est aussi élevée qu'au début : elle a baissé déjà dans les cas bénins, la peau est souvent recouverte de sueurs profuses. A ce moment la paralysie existe ordinairement toujours accompagnée de céphalée, de vives douleurs intermittentes aiguës, durant une demi-minute à 10 minutes et pouvant survenir tous les quarts d'heure. Ces douleurs dues à l'infiltration médullaire sont d'autant plus vives que la paralysie est plus étendue, que le cas est plus sérieux. La température dans les cas moyens est alors ordinairement revenue à la normale. Parfois on a noté l'existence d'un érythème scarlatiniforme ou morbilliforme.

Cet érythème a ainsi pu faire porter le diagnostic de rougeole ou de scarlatine. De même, suivant la prédominance des symptômes observés, on a pu penser à la grippe, au rhumatisme, à la fièvre typhoïde ou paratyphoïde et dans la forme cérébrale, à la méningite cérébro-spinale. C'est surtout la nature épidémique qui mit dans les cas difficiles sur la voie du diagnostic.

L'évolution de la poliomyélite aiguë a été, dans ces épidémies de l'Amérique du Nord, relativement bénigne. Les paralysies restèrent isolées et peu nombreuses dans la plupart des cas. Russel rapporte cependant 2 cas de mort avec

(1) Anderson.— *Pediatrics*, août 1910, p. 543.

autopsie chez des malades de 25 et de 10 ans, chez lesquels la paralysie se généralisa et qui moururent brusquement par arrêt de la respiration.

A l'autopsie, la dure-mère était très adhérente au vertex, les simes étaient libres, les vaisseaux superficiels du vertex étaient légèrement congestionnés, la dure-mère médullaire était d'apparence normale. La face postérieure de la moelle montre de nombreuses plaques blanchâtres d'une dureté cartilagineuse. Les vaisseaux étaient congestionnés, la rate était grosse et il existait une néphrite aiguë hémorragique,

Au microscope, les méninges du 1er segment sacré montrèrent une infiltration marquée de cellules rondes surtout au voisinage de l'artère spinale antérieure et pénétrant dans la fente antérieure avec le vaisseau. Les vaisseaux spinaux sont très congestionnés et il existe une grande exsudation lymphocytique péri-vasculaire. Pas de thrombose de ces vaisseaux. La même infiltration est visible au niveau du 2e segment lombaire. Dans la corne antérieure droite il existe une petite rupture vasculaire avec légère extravasation hémorragique. Même apparence œdémateuse de la moelle et même infiltration leucocytique générale au niveau du 9e et du 6e segment dorsal. L'infiltration méningée s'accentue au niveau des segments cervicaux et surtout du bulbe. Les régions supérieures de l'axe nerveux sont moins congestionnées : la coupe du thalamus et du centre ovale gauche ne montre rien d'anormal. Il en est de même du lobe frontal gauche.

On pratiqua l'examen bactériologique du sang du cœur, du liquide péricardique, du liquide cérébro-spinal et du suc du foie et de la rate. On trouva dans le sang du cœur, dans le liquide péricardique et surtout dans le liquide céphalo-rachidien des micro-organismes en forme de cocci, accouplés ou parfois en tétrades. La plupart des microbes etaient décolorés par le Gram, mais quelques-uns résistaient, après même que les noyaux des leucocytes étaient décolorés. Les cultures faites sur sérum et gélatine-sang, avec le sang du cœur, le liquide péricardique, le suc du foie et le liquide céphalo-rachidien donnèrent les mêmes microbes que ceux qui avaient été obtenus par examen direct.

Ces micro-organismes n'ont pas été retrouvés par tous les auteurs. C'est ainsi que Landsteiner et Popper (1), Flexner et Lewis (2) ont examiné un grand nombre de préparations de cerveau, de moelle, et d'organes d'enfants et de singes atteints de poliomyélite ; ils n'ont pu trouver ni bactéries ni protozoaires. Il semble plutôt que le virus de la poliomyélite aiguë appartient au groupe des virus filtrants, à travers les bougies de porcelaine Berkefeld. Il se rapproche ainsi du virus de la rage (Netter) : comme ce dernier il présente une résistance marquée à la dessication au froid. Dans la glycérine, il a conservé sa virulence après 142 jours (Römer et Joseph). Si les cas de paralysie infantile sont moins fréquents pendant l'hiver, ce n'est donc point parce que le virus est atténué ou détruit.

De nombreux expérimentateurs ont réussi à inoculer le virus au singe, (Landsteiner, Levaditi, Flexner et Lewis, Leiner et Wiesner, Römer et Joseph) et même au lapin (Krause et Meinicke). On sait aujourd'hui que la poliomyélite est transmissible en série de singe à singe. Les inoculations dans le crâne, le péritoine, les veines, les nerfs, sous la peau ont donné des résultats positifs. Il en est de même de l'inhalation ou de l'ingestion dans les voies aériennes, du badigeonnage des fosses nasales.

La matière virulente a d'abord été trouvée dans la moelle puis dans le bulbe, les pédoncules, les nerfs, le sang, la rate, les ganglions mésentériques.

Après inoculation du virus chez le singe, il existe une période d'incubation de 5 à 15 jours, puis apparaît une paralysie des membres inférieurs ordinairement unilatérale. Limitée au début à l'extrémité des membres, elle envahit bientôt tout le train postérieur. Puis la paralysie se généralise, elle s'étend aux membres supérieurs, au tronc et aux muscles de la nuque. La mort survient par arrêt du cœur et de la respiration. Dans quelques cas, les animaux ne meurent pas et gardent indéfiniment leurs paralysies avec amyotrophie et troubles cutanés trophiques.

Les animaux qui n'ont pas succombé ont acquis l'immunité vis-à-vis des inoculations ultérieures et leur sérum possède des propriétés neutralisantes (Landsteiner et Levaditi, Leiner et Wiesner, Römer). Flexner et Lewis (1) ont pu immuniser des singes par des inoculations répétées sous-cutanées de virus à doses progressivement croissantes ; et le sérum de ces singes posséda des propriétés curatives vis-à-vis d'autres singes qu'on venait d'inoculer.

On peut espérer que bientôt cette méthode sera applicable à l'homme ; mais la difficulté est de l'appliquer de bonne heure, car la paralysie n'apparaît ordinairement que plusieurs jours après la contagion.

BURNIER.

(1) LANDSTEINER et POPPER. — *Zeitsch für Immunitätsforschung*, 1909, II, p. 377.
(2) FLEXNER et LEWIS. — *Journ. of the Am. med. Assoc.*, 13 nov., 4 déc. et 18 déc. 1909.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL
DES MALADIES PROFESSIONNELLES.

(Suite.) (2)

La variole maladie professionnelle.

M. *Herbert Corbin*. — Une enquête soigneuse sur les origines de quelques cas de variole survenus en 1908-1909 mit en évidence que l'infection avait été transmise par du coton brut venant de certaines régions du globe où la variole est endémique.

De mes observations personnelles je crois pouvoir conclure qu'en général la manipulation des cotons en masse est sans danger. Il faut, pour produire l'infection, une série de circonstances appropriées. La souillure pendant la récolte et l'importation n'est pas fréquente. Il se produit avant l'emploi des matières premières une atténuation considérable du virus. Ce virus atténué n'est actif que lorsqu'il est introduit directement dans la bouche ou les voies aériennes. La réceptivité, rare chez les personnes vaccinées, est pratiquement nulle chez les revaccinées.

Néanmoins la variole, contractée dans une filature de coton, est une lésion professionnelle qui mériterait d'être couverte par l'assurance.

Accidents et maladies professionnelles.

M. *Mugdam* (de Berlin).— En Allemagne on considère, comme accident du travail le dommage physique résultant d'un événement involontaire soudain, ou au moins localisé d'une façon précise dans le temps ; dans certains cas, cet événement a une durée de plusieurs heures ; il n'est pas nécessaire qu'il soit la cause unique, il suffit qu'il constitue une des causes importantes du dommage physique.

La maladie professionnelle, au contraire, a des causes qu'il est impossible de localiser d'une façon précise dans le temps.

Les victimes de maladies professionnelles n'ont droit qu'à la rente prévue par l'assurance invalidité, à condition qu'ils aient fait à la caisse invalidité au moins cent versements hebdomadaires et que leur capacité de travail soit inférieure à 33 %.

Il faudrait leur accorder une indemnité égale à celle que touchent les victimes d'accidents.

M. *Razous* (de Paris), commissaire-contrôleur au ministère du travail.— Je crois qu'on pourrait ainsi définir la maladie professionnelle : « On entend par maladie professionnelle d'une profession ou d'un groupe de profession déterminées, celle dont l'une des causes réside dans l'exercice plus ou moins prolongé des professions considérées et à laquelle ne sont pas exposées les personnes étrangères aux dites professions ».

La définition que je propose éliminerait du champ de réparation des maladies professionnelles, la tuberculose que l'on rencontre dans toutes les professions comme chez les gens oisifs,

(1) FLEXNER et LEWIS. — *Journ. of the Am. med. Assoc.*, 1er janv. 1910.
(2) Voir le dernier numéro.

et qui provient très souvent de causes autres que le surmenage ou l'absorption des poussières.

Je considère les restrictions contenues dans ma définition comme indispensables en vue d'éviter la simulation et, par conséquent, pour ne pas imposer à l'industrie des charges qu'elle ne doit pas supporter.

Sur la hernie.

M. *Fredet* (de Paris). — D'après M. Fredet, la hernie ne doit pas plus être considérée comme maladie professionnelle que comme accident du travail ; c'est le plus souvent une prédisposition congénitale qui évolue par la force des choses, en dehors de toute circonstance professionnelle et qui, sauf dans ses complications (pincement, étranglement), ne doit pas donner lieu à indemnité.

Nous n'avons pas voulu répondre à M. Fredet, parce que nous venions d'assister à une discussion plus au moins aigre-douce entre deux Français, et que nous ne voulions pas donner à la galerie internationale le spectacle d'un nouveau désaccord entre deux Français dans la même séance et sur le même sujet. Cependant M. Fredet n'a pas semblé nier tout à fait l'existence de la hernie traumatique. Celle-ci doit donc donner lieu à indemnisation légale. D'autre part, il est difficile dans la pratique de méconnaître un trop grand nombre de hernies survenues dans le cours du travail, et d'expliquer à l'ouvrier qu'il s'agit là de la descente normale dans le trajet inguinal d'un intestin prédisposé à descendre. M. Frédet a beau expliquer que la hernie n'est pas un mal, que, maintenue par un bandage, elle ne gêne pas l'ouvrier dans son travail normal. En fait il y a « déchet », et la simple obligation de porter un bandage constitue un « déchet », et à notre sens il est clairement démontré qu'un effort brusque et violent dans le travail a provoqué la descente d'une hernie, il y a préjudice causé et nécessité d'une réparation. A notre avis, la hernie devenue apparente du fait du travail doit être considérée comme accident du travail ou comme maladie professionnelle méritant réparation. L'indemnité peut d'ailleurs être légère, mais elle doit exister. Nous procédons de cette façon pour les hernieux de la Ville de Paris. Les rentes des hernieux sont peu élevées ; elles ont l'avantage de réparer un dommage plus ou moins faible, d'éviter toute récrimination, et de faire de la loi de 1898 un instrument de justice, de concorde et d'apaisement.

M. *Randone* (Italie). — Dans l'armée italienne, au Conseil de revision, tout hernieux est écarté ; de plus, les hernieux qui ont échappé sont réformés à la visite d'incorporation, et cependant notre statistique médicale montre l'augmentation très sensible de la hernie parmi nos soldats.

Ces hernies tiennent à une prédisposition due à une résistance insuffisante des parties constitutives du canal inguinal, qu'il s'agisse d'arrêts de développement ou d'anomalies. Dans ces conditions, la pression abdominale augmentée par le fait d'efforts violents ou répétés, pousse et comprime les viscères, et le péritoine s'engage dans le canal inguinal relâché, élargi. Le sac ainsi formé, l'intestin y descend sous l'action de nouveaux efforts.

Dans la pratique, on constate que, chez des soldats qu'un examen antérieur très minutieux avait montrés indemnes de hernie, celle ci se forme progressivement, presqu'à l'insu des patients et sans aucun des signes qui caractérisent la hernie de force.

Par suite, il est légitime de considérer les hernies qui se développent chez les soldats comme une maladie liée aux circonstances du service. L'analogie est complète avec ce qui se passe dans l'industrie, et l'on peut regarder la hernie d'un ouvrier, qui se manifeste à l'occasion du travail, comme une maladie professionnelle, au même titre et dans le même sens que la tuberculose traumatique.

La hernie est-elle scientifiquement une maladie professionnelle ?

M. *Van Hassel* (de Belgique).

1° La complexité de l'étiologie de la hernie ne peut permettre de la classer au nombre des maladies professionnelles ;

2° Le nombre des prédisposés est considérable ;

3° La hernie par éventration est rare ;

4° La hernie de force est rare ;

5° Les pincements intestinaux sont relativement peu nombreux ;

6° L'âge et la déchéance organique sont des facteurs du développement des hernies ;

7° Les ouvriers, porteurs de hernies, ne subissent pas une grande réduction de puissance fonctionnelle.

2e QUESTION. — **Armement médical actuel des mines, usines, ateliers, etc.**

MM. *Buysse-Thisquem* et *Vandermierden* (de Bèlgique). — L'inspection médicale du travail en Belgique a adressé aux principaux industriels un questionnaire portant sur les points que voici, ainsi que les réponses qui proviennent de 1379 établissements représentant 329.374 hommes et 59.753 femmes.

1° *Pour l'embauchage des ouvriers, s'occupe-t-on de leur état de santé* ? La réponse a été affirmative pour 970 établissements ou 70.34 % de l'ensemble. Elle a été négative pour 409 établissements, soit 29.66 %.

2° *S'occupe-t-on de la santé des ouvriers pour leur répartition dans les divers ateliers* ? Réponses affirmatives : 696, soit 50.47 %.

3° *Sur quoi se base l'appréciation de la santé de l'ouvrier* ? Dans l'immense majorité des cas, cette appréciation est le fait de l'industriel ou de son délégué. Le certificat médical est exigé dans 123 établissements, ou 8.91 %.

4° *Pendant les années d'adolescence. l'état sanitaire des ouvriers est-il l'objet de la sollicitude, soit du chef d'entreprise, soit d'un médecin désigné par lui* ? Réponses affirmatives : 486, soit 35.24 °/o. Mais ces réponses n'indiquent pas toujours de quelle manière cette sollicitude s'exerce.

5° *Existe-t-il des installations sanitaires spéciales* ? Il existe : des dispensaires dans 210 établissements, soit 15.22 °/o ; des réfectoires 267 fois, soit 19.35 °/o ; des bains-douches 89 fois, soit 6.44 °/o ; des lavoirs dans 190 établissements, soit 13.77 °/o.

Les résultats de ces enquêtes nous semblent légitimer les conclusions suivantes :

1° Il serait désirable de voir porter à quatorze ans l'âge d'admission des enfants dans les fabriques.

2° Un certificat d'aptitude physique devrait être exigé de tout adolescent qui se présente pour travailler.

3° Les adolescents devraient être soumis à une surveillance médicale périodique.

4° Un certificat d'aptitude physique devrait être réclamé des ouvriers qui se présentent pour faire un travail particulièrement insalubre ou fatigant.

5° Les ouvriers qui exécutent un travail particulièrement insalubre ou fatigant devraient être soumis à un examen médical périodique.

6° Des médecins, spécialement désignés à cet effet, délivreraient ces certificats d'aptitude physique et procéderaient à ces examens médicaux périodiques.

7° Une législation plus complète devrait assurer, dans chaque fabrique, l'existence d'un *nécessaire de premiers secours*. Les inspecteurs du travail s'assureraient que ce nécessaire est suffisant et périodiquement renouvelé.

8° Il serait utile d'avoir dans les usines d'une certaine importance une ou plusieurs personnes ayant les connaissances nécessaires pour donner les premiers secours en cas d'accident ou d'indisposition subite.

9° Il serait nécessaire de voir imposer la déclaration obligatoire des intoxications professionnelles et la tenue d'un « registre des malades » dans toutes les entreprises industrielles particulièrement insalubres.

10° Il serait désirable d'accorder des primes aux ouvrières qui cessent le travail quinze jours au moins avant leurs couches.

11° Il conviendrait dans toutes les industries, surtout dans celles qui sont particulièrement insalubres, de créer des installations sanitaires suffisantes et bien aménagées, notamment : des dispensaires, des réfectoires, des bains-douches, des lavoirs, des vestiaires, etc.

Ambulances dans les mines.

M. *Pickering* (de Dmeaster). — La législation minière anglaise prévoit l'obligation, pour les exploitants, d'avoir en permanence et prêts à l'usage immédiat en cas d'accidents les objets d'ambu

lance et de pansement. Si cette prescription est avantageuse, il est bien plus nécessaire encore de disposer, sur place et à tout moment, de personnes capables de donner aux victimes les premiers soins urgents. Un homme expert improvise les moyens de secours ; les meilleurs appareils sont inutilisables entre des mains inexpérimentées. Il importe, en conséquence, d'enseigner la façon de porter les premiers secours.

Fabrique d'armes de Herstal.

M. *Walle*. — Le service médical de cette manufacture est ainsi organisé : gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques. Les malades sont soignés, soit à domicile, soit au cabinet du médecin, soit au dispensaire de l'établissement.

Un des médecins agréés s'y tient tous les jours, de midi à deux heures. Une dame infirmière, diplômée de la Croix-Rouge, se trouve en permanence au dispensaire pendant les heures de travail. En dehors des heures de consultation, elle y reçoit les blessés et malades, leur donne les premiers soins, fait le premier pansement. Si le cas est sérieux elle dirige le blessé ou malade chez le médecin ou fait appeler celui-ci.

Les frais généraux sont de 3 fr. 41 par tête et par an ; les frais pharmaceutiques sont de 5 fr. 55.

Chemins de fer hollandais.

M. *Waller* (d'Amsterdam). — Le service médical de la compagnie du chemin de fer hollandais est assuré par des médecins nommés par la compagnie. Ils reçoivent un traitement annuel s'élevant, dans les villes, à six francs par personne et variant, dans les localités suburbaines, de 10 à 20 francs d'après l'importance du personnel et d'après les distances à parcourir pour le traitement à domicile.

Persuadé qu'un bon traitement médical ne peut être assuré aux ouvriers que dans le cas où le médecin réside à une distance peu éloignée du malade, on a choisi des médecins dans toutes les localités du réseau qui comptent des praticiens. Le cercle dans lequel les services du médecin peuvent être demandés est, de cette manière, assez restreint et ne comprend, en général, que le personnel d'une seule gare ainsi que les ouvriers de la voie dans un rayon de quelques kilomètres. Il en résulte que le nombre des médecins de la Compagnie est relativement grand : 160 pour une longueur totale de 1418 kilomètres.

M. *Haïbe*, médecin de l'usine Solvay, à Gemeppe-sur-Sambre. — On sait que cette usine fabrique la soude caustique par l'électrolyse du chlorure de sodium ; elle produit secondairement de l'hydrogène et du chlorure de calcium, obtenu par fixation sur la chaux du chlore mis en liberté. Depuis la mise en marche de cette usine, en 1900, aucun cas d'intoxication ni de maladie professionnelle n'a été constaté. Les mesures sanitaires préventives consistent en :

1° Un examen médical complet de chaque ouvrier à son entrée. Les résultats de cet examen sont consignés dans un registre *ad hoc* et il en est tenu compte pour la distribution du travail ;

2° Une surveillance médicale des ouvriers par un examen pratiqué régulièrement chaque semaine ;

3° Un équipement particulier pendant le travail et des bains-douches après celui ci.

L'équipement consiste, dans la salle d'électrolyse, en gants de caoutchouc et en lunettes.

Dans les chambres à chloruration, les ouvriers sont munis d'un costume en drap et de gants, et portent un casque assez semblable à celui des scaphandriers.

Les ouvriers employés à l'embarillage du chlorure de chaux ont des lunettes protectrices et des foulards en flanelle couvrant la tête et protégeant l'entrée des voies respiratoires. Les mêmes précautions sont prises pour l'hydratation et la préparation de la chaux. Dans la salle de concentration de la soude, les ouvriers sont également pourvus de gants et de lunettes.

M. Proyard, chef du service du contrôle de la Société Cockerill à Seraing (Belgique). — Le service médical est fait par cinq médecins de la Compagnie, plus un oculiste. Les soins médicaux sont accordés gratuitement à domicile et au cabinet du médecin aux ouvriers, au cabinet du docteur seulement pour les femmes, enfants. Les soins pharmaceutiques sont accordés à tous ceux ayant droit aux soins médicaux. Il y a un service de nuit, et les médecins sont de semaine. Il y a une infirmerie centrale et deux infirmeries particulières, comprenant toutes les ressources pour une intervention en cas d'accident. Il y a un hôpital-hospice-orphelinat, avec radiographie.

M. Vanhassel (de Belgique). — Dans les « Mines du Couchant » à Mons, les ouvriers et leurs familles ont droit aux soins des médecins locaux qui sont payés par capitation. En dehors de ces médecins traitants, la caisse commune d'assurance a des médecins-inspecteurs et un médecin principal. Aussi longtemps que l'ouvrier n'est pas guéri le médecin traitant et le médecin-inspecteur font, mensuellement et conjointement, un rapport sur l'état du blessé. A chaque puits il y a une salle de secours et de pansements. Il y a en outre, deux hôpitaux privés et une clinique chirurgicale particulière.

M. Graham, inspecteur de la Compagnie « North Eastern Railway » d'Angleterre. — *a*) La Compagnie a 377 stations d'ambulances. Le personnel est encouragé à se rendre apte à donner les premiers secours. Il y a des cours et des travaux pratiques dans les grands ateliers. Quand il y a un accident sérieux, l'accidenté est envoyé à l'hôpital du lieu (ces hôpitaux sont largement subventionnés par les Compagnies). Autrement on le reconduit chez lui, et s'il n'appartient à aucune société, on envoie un médecin de la Compagnie, payé par elle.

b) La plupart des employés appartiennent à des Sociétés d'assistance aux malades avec allocations hebdomadaires et soins médicaux gratuits.

M. Dearden. — Dans les différentes Compagnies de chemins de fer anglais (Great Eastern Railway, South Eastern, etc.), voici comment fonctionnent en résumé les divers services médicaux :

Great Eastern Railway. — *a*) La Compagnie encourage l'étude et la pratique des premiers secours. Boîtes d'ambulance dans les ateliers et gares importantes. En cas d'accidents, secours assurés par le premier ambulancier présent. On appelle un médecin ou on porte à l'hôpital. La Compagnie paie tout médecin ainsi appelé.

b) Il existe une Société d'assistance aux malades, avec soins gratuits et allocations d'argent hebdomadaires en cas d'accident ou de maladie. Adhésion non obligatoire. La Compagnie fournit les fonds.

South Eastern and Chatham Railway. — *a*) Premiers secours organisés. Cours en vue de ces secours aux frais de la Compagnie. On tient compte de l'examen passé à la fin de ces cours. Boîtes d'ambulance fournies à toutes les gares, avec un ambulancier. Il y a un secrétaire central des ambulances, chargé du matériel et des médicaments.

b) Caisse de maladie par allocation en cas de maladie ou d'accident en service. La Compagnie n'alimente pas la Caisse, mais comble pratiquement les déficits. Dans certains grades, l'adhésion est obligatoire. La caisse est administrée par la Compagnie.

London and South Western Railway, — *a*) Cours de premiers secours, comme les précédents. Toutes les grandes gares affichent une liste d'ambulanciers. Rapports doivent être faits sur les premiers secours. *b*) Pas de caisse.

Caledonian Railway Company. — *a*) Premiers secours encouragés. Cours payés par la Compagnie. Matériel et médicaments fournis par la Compagnie aux points importants de la ligne, et confiés aux ambulanciers. A défaut d'ambulances dans un endroit, le chef de gare est chargé du matériel fourni par la Compagnie.

b) Société amicale pour allocations aux malades (pas pour les soins médicaux), obligatoire pour les employés du dehors. Plusieurs Sociétés organisées par les employés eux-mêmes.

Great Central Railway. — *a*) Premiers secours encouragés par allocations, médailles, congés, permis de circulation supplémentaire, prix, etc. Matériel fourni comme plus haut.

b) Société amicale pour soins à toute la famille (sauf enfants au-dessus de quatorze ans, au-dessous d'un mois et femmes en couches). Il y a aussi des allocations, alimentées par contributions du personnel et une retenue dirigée par un comité élu.

Great western Railway. — *a*) Premier secours encouragés ; — *b*)

Société de secours aux malades, obligatoire pour certains grades, avec médecins élus par les membres, sans approbation de l'administration centrale.

M. *Brian*, médecin en chef au Creusot. — Au Creusot, l'assistance médico-pharmaceutique est assurée par la Compagnie, sans retenue de salaire, sans obligation d'aucune sorte. L'employé est libre d'en faire usage ou non. Elle est assurée par six médecins fonctionnarisés. Il y a un hôpital très bien outillé à tous les points de vue, et deux pharmacies.

(*A suivre.*) C.

BIBLIOGRAPHIE

L'éducation des anormaux, par les Drs J. PHILIPPE et G. PAUL-BONCOUR. (F. Alcan, Paris, 1910. Bibliothèque de philosophie contemporaine.)

Dans ce livre, les auteurs, qui connaissent les anormaux non pas pour avoir échafaudé à leur endroit des théories plus ou moins ingénieuses, mais pour les avoir observés, traités et éduqués, ont envisagé la question au point de vue pratique. Après avoir décrit les principaux troubles intellectuels et recherché les causes biologiques des anomalies mentales, sans éprouver le besoin d'imaginer une nouvelle classification, ils exposent les principes d'éducation physique, intellectuelle et morale en énumérant toutes sortes d'exercices expérimentés par eux et dont il est facile de contrôler l'efficacité. Ils insistent sur l'importance de l'éducation des sens, prélude indispensable de toute éducation rationnelle, et démontrent que la plupart des troubles de l'imagination, de la mémoire et de l'attention sont imputables à la faiblesse ou à l'incomplétude des impressions sensorielles. Ils préconisent les méthodes d'individualisation, les seules d'ailleurs indiquées en l'espèce.

D'intéressants aperçus sur l'évolution morale et les perversions chez l'enfant précèdent l'exposé des moyens propres au dressage et à l'éducation de la volonté.

Les préférences des auteurs sont acquises au système de l'internat pour procéder à l'éducation des anormaux ; l'externat ne peut à leur avis profiter qu'aux subnormaux.

En résumé, livre documenté, dont la lecture intéressera toutes les personnes s'occupant d'éducation. J. BOYER.

De l'emploi thérapeutique du chlorure de magnésium administré à faibles doses (*en particulier dans la constipation et quelques affections qui lui sont consécutives*) ; par le docteur MAURICE CHIBRET, un vol. in-8 raisin de 136 pages. (G. Steinheil, éditeur, Paris.)

Les bons effets obtenus dans la constipation avec les eaux minérales chlorurées-magnésiennes, dont l'eau de Châtel-Guyon est le type le plus parfait, ont donné à l'auteur l'idée d'employer dans cette affection le chlorure de magnésium pur, sel à peu près inusité en thérapeutique. L'auteur montre que l'action physiologique du chlorure de magnésium est analogue à cette mise en lumière par les expériences de Laborde chez les animaux : action élective sur la fibre musculaire (de l'appareil digestif, en particulier) dont il régularise la contraction ; action hypersécrétoire sur la muqueuse intestinale, action tonique sur les voies digestives et le système nerveux. Le chlorure de magnésium, à dose de 3 à 10 grammes, est un purgatif doux, purgeant sans colique, *sans constipation consécutive*. L'auteur montre les bons effets de ce médicament dans la constipation, qu'elle soit *atonique* ou *spasmodique* ; dans l'entéro-colite muco-membraneuse, dans les entérites chroniques, dans les dyspepsies et les troubles hépatiques d'origine intestinale. Il insiste sur les bons effets obtenus avec le chlorure de magnésium dans l'*asthme* catharral chronique, en rapport avec des troubles gastro-intestinaux quelquefois minimes. L'auteur insiste sur l'efficacité de *doses souvent très faibles* du médicament : 0 gr. 25 à 4 grammes administrés par la voie rectale, chez les atoniques intestinaux ; 0 gr. 05 à 0 gr. 25 données par la gastrique, chez les spasmodiques. Le traitement est soit continu, intensif, visant un effet curatif, le médicament étant donné quotidiennement pendant plusieurs semaines ; soit intermittent, suivant les besoins de la constipation, il n'est alors que palliatif.

Les noms des fleurs trouvés par la méthode simple sans AUCUNE notion de botanique avec 372 photographies en couleurs et 2715 figures en noir ; par Gaston BONNIER. (Un volume in-16 de 332 pages, Librairie générale de l'enseignement, Orlhac, éditeur, Paris, 1910.)

Le titre de cet ouvrage et la façon dont l'auteur a souligné le mot « aucune » indiquent d'eux-mêmes son but essentiellement pratique. Et cette utilité n'est pas seulement réservée aux personnes qui désirent, par curiosité, connaître le nom des plantes que les entourent, mais aux étudiants en médecine, qui, préparant leur P. C. N., sont incapables dans leurs promenades à la campagne de mettre un nom sur la fleur qu'ils rencontrent. L'étudiant pourra maintenant sans aucune étude préalable déterminer le nom de la fleur et de la plante qui la porte et aussitôt il pourra en faire l'étude scientifique sans être obligé de demander à un maître qu'il n'a pas sous la main un renseignement précis. J'ajoute que cet ouvrage indique les propriétés médicales des plantes, leurs usages agricoles et industriels, le nom vulgaire en même temps que le nom scientifique. Ce rapide aperçu indique suffisamment l'utilité de cet ouvrage dont le succès ne fait pas de doute. G. P.-B.

Progrès des recherches en sciences naturelles (*Fortschritte der naturwissenschaftlichen Forschung*) ; par le prof. ABDERHALDEN, de Berlin ; 1er vol., 305 p. (Chez Urban et Schwarzenberg, à Berlin et Vienne, 1910.)

C'est une sorte de revue sans en être une, en ce sens que cette nouvelle publication se propose, non pas de présenter rapidement les nouveautés, mais bien une série d'études approfondies sur telle ou telle matière et par des chercheurs spécialement compétents. Le lecteur sera ainsi en état de poursuivre le développement de certaines questions, d'acquérir de première source des renseignements positifs, grâce à un intermédiaire sans lequel les publications si multiples lui échapperaient, à moins de pertes considérables de temps.

En fait les « Fortschritte » répondent à leur préface. On trouvera dans ce premier volume huit monographies sur les sujets les plus variés : *la photographie des couleurs*, par le prof. MIETHE ; *la combustion lente et les ferments oxydants*, par le Dr BACH, de Genève ; *méthodes et nouveaux résultats des mesures de la pesanteur*, par le Dr NIETHAMMER, de Bâle ; *progrès de la photographie des images*, par le prof. KORN, de Berlin, etc. ; 47 figures facilitent l'intelligence du texte. C.

Eléments de gynécologie ; par le Dr BATIGNE, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris (Un vol. in-8° de 416 pages, 1911 Maloine, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Ce livre s'adresse aux jeunes médecins et aux étudiants qui y trouveront exposées avec clarté et précision les notions indispensables à connaître dans cette branche de la médecine. Il ne fait pas double emploi avec les traités de gynécologie classiques, lesquels sont destinés plus particulièrement aux chirurgiens et gynécologues spécialisés.

L'auteur étudie d'abord les affections des organes externes, puis celles du vagin, de la matrice et des annexes.

Ces affections féminines occupent dans le cadre nosologique une place si importante ; elles se répercutent sur tant d'appareils, sont si souvent une « réaction » qu'on ne saurait trop recommander aux praticiens et étudiants ce traité de vulgarisation, à la fois clinique et pratique, qu'ils liront avec facilité et le plus grand intérêt. Dr ESTRABAUT.

NÉCROLOGIE

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec regret la mort de M. le professeur Fulgence RAYMOND. Une notice nécrologique paraîtra dans notre prochain numéro.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

L'apraxie;

Par J. LÉVY-VALENSI
Ancien interne des hôpitaux.

L'apraxie est un syndrome nouvellement introduit dans la sémiologie nerveuse. Depuis les travaux qui l'ont bien fait connaître,on s'est aperçu qu'il n'est pas du tout exceptionnel ; mais il faut savoir le rechercher.

C'est surtout sur les différents procédés propres à dépister l'apraxie que nous voulons insister. Nous passerons assez rapidement sur les notions théoriques, ne les utilisant que pour faciliter la compréhension de la sémiologie et du diagnostic.

Définition. — Lorsqu'un individu qui n'est ni paralysé, ni ataxique, ni agnosique, ni dément, est incapable d'exécuter les ordres qu'on lui donne, on dit qu'il est apraxique.

L'apraxie est donc, ces réserves faites, l'incapacité de réaliser des mouvements conformes au but proposé.

Historique. — Claparède (1) fait remonter l'apraxie à Kussmaul et à Gogoll qui lui donne son nom de : α priv., πραττω, j'agis.

Pour Wilson (2) l'historique serait tout différent :

En 1866 paraît un mémoire du Nughlings Jackson ainsi intitulé : « Remarks in those cases of disease of the nervous system in which defect of expression is the most Striking symptom ». Dans ce mémoire on relève les premières observations d'apraxie. « Dans certains cas d'aphasie dit Jackson, le malade semble avoir perdu le pouvoir d'exécuter certains mouvements commandés, même avec les muscles non paralysés. Tel malade sera incapable de tirer la langue sur notre ordre, qui se servira convenablement de cet organe dans certains actes semi-mécaniques comme de mâcher et d'avaler. Il n'exécutera pas la grimace que nous lui ordonnerons de faire, alors même que nous l'exécuterons devant lui. La force musculaire est normale comme d'ailleurs les centres de coordination, mais les malades ne peuvent en user ».

Le même auteur cite différents exemples qui ne laissent aucun doute sur la nature du trouble observé.

Van Monakow relate l'observation d'un joueur de clarinette qui devint aphasique et qui depuis devint incapable de porter son instrument à ses lèvres.

Bernheim (3) cite un cas analogue sous le nom de « cécité psychique des choses ».

Griesinger, Kussmaul observent des cas d'apraxie motrice, Wernicke étudie l'apraxie par agnosie, et lui donne le nom d'asymbolie.

Frend crée le nom d'agnosie.

C'est surtout aux travaux de Kussmaul, Pick, Allen-Stair que l'on doit la vulgarisation du terme apraxie créé par Gogoll.

Ces auteurs d'ailleurs la confondent avec l'agnosie. Meynert se rapproche de Wernicke.

Dans l'apraxie ce ne serait pas la perception sensorielle ou psychique qui fait défaut, c'est la reconnaissance de l'objet, c'est-à-dire son symbole.

D'ailleurs Meynert décrit deux asymbolies : l'une sensorielle, c'est l'asymbolie de Wernicke, l'agnosie de Frend ; l'autre motrice est identique au Seelenlagmung de Nothnagel.

(1) CLAPARÈDE. — Revue générale sur l'agnosie. *Ann. psychol.*, 1900, p. 45.
(2) WILSON. — Brow, 1908, p. 164.
(3) BERNHEIM. — *Revue de médecine*, 1885.

En 1894, au Congrès de Breslau, Bonhœffer, décrit sous le nom de cécité psychique avec asymbolie, un cas typique d'apraxie motrice.

C'est à Liepmann que l'on doit la différenciation nette de l'apraxie. Dans une série de travaux publiés depuis 1900 jusqu'à nos jours, cet auteur s'est efforcé de dégager l'apraxie de l'agnosie. Il a nettement isolé les deux types cliniques principaux, idéatoire et moteur ; enfin, et c'est là ce qui nous intéresse surtout, il a montré le rôle joué par le corps calleux dans l'apraxie motrice du côté gauche.

En France, M. Dupré signale l'apraxie au cours des maladies mentales (Traité des maladies mentales de Gilbert Ballet).

Au Congrès belge de neurologie et de psychiatrie d'Anvers, septembre 1907, d'Hollander présente un remarquable rapport sur l'apraxie.

Plus récemment l'apraxie a été vulgarisée par les cliniques de M. le Pr Raymond et les articles remarquables d'un élève de M. Rose.

ÉTUDE DE L'APRAXIE

Parmi les actes que nous accomplissons, les uns sont involontaires, réflexes ; les autres sont voulus.

Tandis que les premiers n'exigent, au moment où ils se produisent, aucune participation des fonctions psychiques ; les autres demandent au contraire la coopération d'un grand nombre de ces fonctions.

Prenons un exemple des plus simples : boire un verre d'eau cet acte comporte les éléments suivants :

1° La notion du verre et de l'eau basée sur les données des sens ;

2° La notion de l'usage du verre d'eau ;

3° L'image globale de l'acte de porter ce verre à la bouche ;

4° Les images kinésiques nécessaires au membre supérieur pour accomplir cet acte.

Ce sont là autant d'images-souvenirs qui sont utilisées à mesure des besoins.

La coopération de toutes ces images est nécessaire. Voici un verre d'eau ; le malade le saisit et le vide d'un trait, ce n'est pas un apraxique (du moins pour cet acte).

Le malade qui n'est ni ataxique, ni paralysé, au lieu de saisir le verre, exécute une série de mouvements amorphes ; c'est un apraxique moteur.

Dans un autre cas, le malade n'exécute pas l'ordre donné mais une partie de cet ordre.

Dans l'exemple précédent, il portera le verre à sa bouche, oubliant de le remplir.

Ce trouble pourra toujours s'expliquer par un défaut d'attention : il s'agit d'apraxie idéatoire.

Dans un dernier cas enfin le malade se méprenant sur la nature et l'usage de l'objet accomplira un acte quelconque. Par exemple il le placera sur la tête comme un chapeau : c'est l'apraxie secondaire par agnosie.

Entrons dans le détail des opérations psychiques qui président à l'exécution d'un acte.

Soit le schéma suivant de Wernicke :

S' M'

S M

En S l'excitation sensorielle qui va en S' éveiller le souvenir de l'objet. Elle a emprunté la voie psycho-sensorielle SS'.

L'image-souvenir de l'objet va être soumise en S'M' (voie intra-psychique) à un travail intellectuel dont résultera l'idée directrice de l'acte. En M' sera donc la formule kinésique de l'acte.

Cette formule générale parviendra en *M* à l'écorce motrice par la voie *M' M*. En M. le plan général *M'* sera décomposé en autant de notions kinesthésiques qu'il est de contractions musculaires nécessaires à l'acte.

Plusieurs cas sont à considérer :

1° *S* est supprimé ; il s'agit de cécité, de surdité, d'anesthésie périphériques ou centrales. Le malade exécutera des actes incorrects faute de percevoir les objets.

2° M. est suprimé ; il y a paralysie.

3° Le trouble siège sur *SS'* deux cas peuvent se présenter.

A) Il y a interruption ; l'image ne passe pas ; elle ne va pas par conséquent éveiller en *S'* le souvenir correspondant. Le résultat sera le même que dans le cas 1. Le malade, ne reconnaissant pas le symbole, l'usage de l'objet, exécutera un acte quelconque.

Mettons dans la main du malade une clé ; il possède toutes les sensations primaires, il sait qu'il a affaire à un objet long, dur, etc... Mais il ne sait pas qu'il s'agit d'une clé parce que l'évocation du souvenir S' ne se fait pas.

B) Il n'y a pas interruption mais fausse synthèse ; l'association des sensations aboutit à l'évocation d'une fausse image. Cette fausse image déclanchera un mouvement particulier qui sera logique par rapport à elle ; illogique en réalité.

Dans ces deux cas l'apraxie est secondaire à l'agnosie.

4° La lésion ou mieux le trouble siège sur *S'M*.

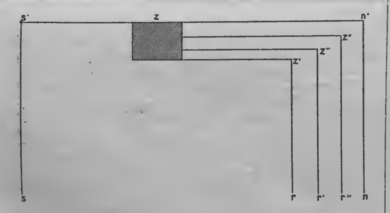
Plusieurs cas sont encore à considérer : A) Il y a défaut de jugement.

L'acte sera inadéquat au but. Ce sera un acte absurde ou criminel. Le malade sera un délirant, un dément global. C'est le mécanisme de la pensée qui sera faussé ; mais le malade exécutera l'acte qu'il aura voulu.

Il ne s'agit pas là d'apraxie.

B) L'idée élaborée en *S'*, est transformé en *M'*, en une idée motrice directrice, logique. Cette idée constitue la formule Kinesthésique de l'acte. Cette formule est décomposable en une série d'idées plus simples qui se succèdent.

Le schéma suivant de Liepmann rend bien compte de ces idées élémentaires : *Z'*, *Z''*, *Z'''*.



Plusieurs cas peuvent se présenter :

a — Le mouvement s'arrête à la première étape.

b — Le mouvement s'arrête à une étape moyenne.

c — Il brûle les étapes et arrive d'emblée à la dernière.

d — Il arrive d'emblée à une étape intermédiaire.

e — Il intervertit l'ordre des étapes.

f — Il y a déviation d'une idée partielle vers un but différent.

L'exemple suivant calqué sur le tableau précédent fera facilement comprendre la nature de ce trouble psychique.

Demandons à un apraxique de fumer un cigare.

L'acte peut se décomposer de la façon suivante :

1. — Prendre la boîte d'allumettes.
2. — L'ouvrir.
3. — Prendre l'allumette.
4. — La frotter.
5. — Allumer le cigare.
6. — Fumer.

Les différentes éventualités suivantes peuvent se rencontrer :

a — Il garde la boîte d'allumettes à la main et s'en tient là.

b — Il allume l'allumette et ne va pas plus loin.

c — Il porte à sa bouche le cigare non allumé et essaie d'en tirer des bouffées.

d — Il essaie d'allumer le cigare avec la boîte d'allumettes.

e — Il porte la boîte d'allumettes à la bouche comme si elle était le cigare.

f — Il fait avec l'allumette un geste quelconque, par exemple le geste d'écrire,

Ce malade est atteint d'*apraxie idéatoire. L'apraxie idéatoire* est en somme une accentuation énorme de l'état de distraction. C'est un défaut de l'attention. Elle peut résulter aussi en quelque sorte d'un excès d'attention à un moment donné. S'arrêter à l'état intermédiaire d'un acte, n'est-ce pas fixer anormalement son attention sur cette étape ?

Ceci nous conduit à décrire un syndrome qui accompagne fréquemment l'apraxie idéatoire : La persévération. La persévération d'après Liepmann, peut être divisée en trois symptômes différents.

a — *La persévération clonique.* — Il s'agit de la répétition fréquente sans motifs d'un même geste ; c'est en somme la stéréotypie des psychoses, de la démence précoce en particulier.

b — *La persévération tonique.* — Le sujet reste figé dans une attitude en rapport avec l'acte à exécuter. Il saisit l'objet et ne paraît plus pouvoir le lâcher.

C. *La persévération intentionnelle.* — Se rencontre fréquemment chez des apraxiques.

Il s'agit, à propos d'un acte commandé, de l'exécution de l'acte antérieurement réalisé. C'est là un trouble comparable à l'adhérence des mots chez les aphasiques.

C'est l'intoxication par l'acte à opposer à l'intoxication par le mot.

La persévération, si elle est fréquente au cours l'apraxie idéatoire, n'est pas exceptionnelle au cours de l'apraxie motrice.

L'apraxie motrice ou idéo-motrice de Liepmann est la seule qui appartienne réellement à notre sujet.

Elle résulte d'une lésion siégeant sur la ligne *MM'*. schéma de Wernicke.

Dans ce cas le malade reçoit tous les renseignements exacts de la sensibilité et des organes des sens ; son jugement est sain ; la formule kinésique de l'acte est bien construite, mais elle est inutilisable. Le malade est assez comparable à un individu en face d'un plan bien conçu, mais écrit dans une langue qu'il ne comprendrait pas.

Cette comparaison est à première vue inexacte ; elle semble contredite par les réponses du malade qui vous dit : « Je sais bien ce que vous me demandez, mais je ne puis pas le faire ! »

En réalité, l'acte nécessite l'action de deux centres : celui qui l'a conçu, celui qui doit l'exécuter.

Chez l'apraxique moteur, ces deux centres ne sont plus en relation. Le centre exécutif ne recevra plus le plan élaboré par le centre directeur.

Nous avions raison de dire que notre malade possède un plan correct, mais qu'il ne peut pas le lire.

Les actes exécutés par l'apraxique moteur seront plus ou moins incorrects selon que les communications seront plus ou moins interrompues. Il est très rare de voir une akinésie complète.

Le plus souvent, à côté de mouvements amorphes, il existe des mouvements corrects, et c'est cette disproportion qui donne au syndrome sa caractéristique.

Il existe un certain nombre d'actes qui d'ailleurs s'exécutent correctement : ce sont les actes habituels. Il s'agit alors d'une variété de réflexes supérieurs, corticaux, de courts-circuits.

Ces mouvements auto-kinésiques peuvent se produire par ordre, mais ils sont surtout consécutifs à certaines sensations habituelles. C'est ainsi que tel malade qui est incapable de déboutonner son vêtement y parviendra si nous mettons ses doigts en contact avec le bouton. La sensation tactile a provoqué le réflexe cortical, le court-circuit.

Diagnostic de l'apraxie

Le diagnostic de l'apraxie est commandé par les méthodes d'examen du malade. Il est tout indiqué, en tête de ce chapitre, d'exposer l'ordre à suivre dans cet examen. Le tableau suivant d'après d'Hollander convient à tous les cas. Il indique les temps suivants :

1° Commander des mouvements élémentaires : faire le point, écarter les doigts, fermer la main, tirer la langue, gonfler les joues ;

2° Commander des mouvements expressifs : menacer, faire le signe d'appel, le pied de nez, le salut militaire, la chiquenaude, envoyer un baiser, etc. ;

3° Commander des mouvements descriptifs : frapper à la porte, attraper des mouches, toucher du piano, etc., tous ces ordres sont exécutés de mémoire sans l'aide des objets auxquels ils se rapportent ;

4° Commander des mouvements intentionnels avec l'aide des objets : fumer un cigare, faire un nœud, cacheter une lettre, boire un verre d'eau, etc. ;

5° Commander des mouvements réfléchis : il s'agit d'actes ayant pour but des parties du corps : toucher son nez, friser sa moustache, etc.

Ces deux dernières épreuves se rapportent à des mouvements dits transitifs ; les autres à des mouvements intransitifs ;

6° Imitation des mouvements simples et complexes ;

7° Imitation par un membre du malade des mouvements passifs imprimés au membre homo et contro-latéral ;

8° Examen des mouvements spontanés du malade ;

9° Analyse des mouvements auto-kinétiques.

1° Diagnostic différentiel

Le tableau qui précède appliqué méthodiquement à l'examen du malade, permettra d'établir non seulement le diagnostic de l'apraxie, mais encore de sa variété.

Cependant il existe un certain nombre de troubles qui peuvent en imposer. Les uns tiennent à la réception de l'ordre : surdité verbale ; d'autres appartiennent à la réception des sensations produites par les objets : agnosie ; d'autres à l'exécution de l'acte : paralysie, ataxie ; enfin la démence agissant de toutes les façons pour rendre le diagnostic impossible.

La démence a été fréquemment confondue avec l'apraxie, nous verrons plus loin que le Conseiller de Liepmann, cas princeps de cet auteur, fut longtemps considéré comme un dément.

L'état démentiel se manifestera par d'autres symptômes de déficit intellectuel. Un tel état d'ailleurs n'élimine pas l'apraxie ni la possibilité de la découvrir. On sait que des cas nombreux d'apraxie ont été décrits au cours de la paralysie générale. Nous-même avons rapporté, avec notre maître Claude un cas de paralysie générale juvénile avec apraxie (Société de psychiatrie, juillet 1908). Si le malade qui exécute maladroitement ou n'exécute pas certains ordres, exécute parfaitement certains autres, on pourra supposer que ce n'est pas son état démentiel global qui conditionne ces troubles spéciaux.

La surdité verbale sera plus difficile à dépister. C'est d'ailleurs là, croyons-nous, la partie la plus importante du diagnostic.

En effet ces malades sont fréquemment des aphasiques, ils répondent aux questions difficilement, et il est parfois impossible de savoir s'ils ont compris. On pourrait leur faire répondre par l'écriture ; mais ils ont souvent de l'agraphie, élément de l'apraxie. En multipliant les ordres, en les dirigeant sur les différents segments musculaires, on peut arriver à tomber sur un groupe eupraxique qui accomplit bien les actes commandés.

Si, par exemple, le malade qui, sur ordre, siffle, tire la langue, etc., est incapable d'allumer des allumettes, de faire le salut militaire, on pourra penser qu'il ne s'agit pas de surdité verbale.

Celle-ci sera au contraire probable quand le malade qui n'exécute pas un mouvement commandé verbalement est capable de le faire par imitation.

Ceci n'est d'ailleurs pas absolu. Pour les actes simples chez certains apraxiques vrais, l'imitation peut exister.

Il semble que l'acte imité s'accomplisse par une sorte de réflexe dans lequel les fonctions psychiques ont peu à intervenir et ne trahissent pas leur déficit partiel.

Liepmann a indiqué un moyen ingénieux de se rendre compte si le malade comprend les ordres.

Il faut lui poser de nombreuses questions comportant un caractère ridicule ; par exemple : Un chien a-t-il cinq pattes ? Les poissons volent-ils ? Les réactions du malade, rire ou indifférence fixent sur sa compréhension. Cette méthode peut aussi permettre de reconnaître l'état démentiel.

La *paralysie* se reconnaîtra à la perte globale des mouvements, à la diminution de la force musculaire, etc.

L'*ataxie* est d'une interprétation plus délicate.

En effet l'ataxique, comme l'apraxique n'atteint pas le but ; mais dans toute l'étendue du mouvement ataxique, on reconnaît l'effort vers le but.

Ce mouvement est maladroit et incoordonné, disproportionné, mais logique dans sa direction.

Il s'agit plutôt d'un trouble dans la quantité que dans la qualité du mouvement.

Dans l'ataxie corticale la ressemblance avec l'apraxie est plus grande encore. On reconnaîtrait cette ataxie à ce qu'elle augmente par l'occlusion des yeux.

✦

D'après Liepmann il existe d'ailleurs deux variétés d'ataxie corticale : l'une est due à la lésion des terminaisons corticales des voies centripètes ; l'autre, à la perte des images musculaires.

Cette ataxie, par perte des images musculaires, se confond à peu près avec un groupe assez confus constitué par les syndromes suivants :

1° L'*asymbolie motrice de Neynert* ou perte des images d'inervation. C'est l'apraxie corticale de Heilbronner, tandis que l'apraxie motrice de Liepmann serait l'apraxie trans-corticale de cet auteur.

2° L'*apraxie d'innervation de Kleist*. — Dans ce cas unique il s'agissait d'apraxie augmentant avec la complexité de l'acte. Tous les mouvements s'accompagnaient de contraction des muscles antagonistes. Il semblait qu'il y eût déviation de l'innervation.

3° Les *seelenlahmung de Nothnagel* sont caractérisés par la perte des souvenirs kinestésiques. Il ne faut pas confondre ce dernier groupe avec les paralysies psychiques de Bruns qui font partie du tableau clinique de l'aboulie.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces variétés assez obscures et sur la valeur desquelles les auteurs ne s'entendent pas.

Elles ont un caractère spécial qui permettra de les différencier de l'apraxie. Chez ces malades on a remarqué que les mouvements auto-kinétiques, conservés chez les apraxiques, ont disparu ; il s'agit en effet de troubles de l'écorce motrice, le réflexe cortical ne saurait subsister.

L'*agnosie* est un des éléments importants du diagnostic de l'apraxie. Nous avons vu qu'elle peut donner naissance à une variété particulière d'apraxie secondaire simulant l'apraxie vraie.

Si je vois un malade porter à sa bouche une boîte d'allumettes comme s'il s'agissait d'un verre et que j'ignore qu'il a de la cécité psychique, je dirai qu'il est apraxique.

Cette cause d'erreur sera facilement éliminée par une série d'épreuves consistant à faire reconnaître différents objets au malade. L'hémiopie sera dépistée au périmètre, quand le malade répond bien.

Dans le cas contraire on aura recours à des procédés spéciaux : faire rassembler des pois ; division de lignes tracées sur le papier (Axenfeld) ; exposition dans le champ visuel du malade d'un objet qui l'intéresse : une friandise par exemple.

L'agnosie tactile sera aisément décélée en faisant reconnaître par la palpation les différents objets employés.

Liepmann donne un excellent moyen de reconnaître l'apraxie vraie de l'apraxie par agnosie.

Il distingue les mouvements accomplis en deux groupes : les transitifs qui s'exécutent au moyen des objets, les intransitifs qui s'exécutent de mémoire.

Il est évident que tandis que l'agnosique ne présentera de troubles que pendant les mouvements transitifs, l'apraxique fera des erreurs au cours des deux variétés de mouvements.

Diagnostic des apraxies

Ce chapitre comporte la différenciation des deux apraxies, idéatoire et idéo-motrice.

L'apraxie idéatoire est un trouble psychique ; l'apraxie idéo-motrice est un trouble moteur, ou mieux psychomoteur. Tous les éléments du diagnostic sont implicitement contenus dans cette formule.

Nous les indiquerons d'après Rose (*loc. cit.*) :

1° L'apraxie motrice frappe des membres isolés, généralement ceux du même côté, quand tous les membres sont pris c'est généralement à des degrés différents. Dans l'apraxie idéatoire le trouble est également répandu sur tous les membres.

2° L'apraxie motrice se révèle déjà dans les actes simples, l'apraxie idéatoire surtout dans les actes complexes composés d'actes partiels.

3° L'apraxique moteur ne pourra pas imiter les mouvements ; l'apraxique idéatoire y arrivera souvent en fixant son attention.

4° Les mouvements de l'apraxique moteur sont amorphes, ceux de l'apraxique idéatoire pourront être expliqués par un raisonnement psychologique.

Les deux variétés d'apraxie sont d'ailleurs fréquemment associées. « L'apraxie motrice, dit d'Hollander, s'accompagne presque toujours de réactions secondaires d'apraxie idéatoire : la rupture de la voie normale aboutissant du motorium provoque secondairement un déraillement idéatoire »

Mécanisme de l'apraxie. — Le mécanisme de l'apraxie était assez obscur jusqu'aux travaux récents de Liepmann. Cet auteur s'est essentiellement occupé de l'apraxie motrice. L'apraxie idéatoire est en somme un trouble démentiel pouvant relever de causes multiples.

L'apraxie motrice paraît avoir une individualité plus nette.

En 1900 Liepmann publie son observation princeps. Il s'agissait d'un malade, conseiller municipal, atteint d'aphasie. Ce malade exécutait de la main droite des gestes tellement illogiques qu'il fut considéré comme dément. Liepmann remarqua que si l'on maintenait le membre droit, le gauche exécutait des mouvements corrects, il conclut que dans le cerveau gauche existait un centre directeur des mouvements du côté droit, isolé dans ce cas par des lésions. Une légère apraxie étant survenue du côté gauche Liepmann admet une lésion secondaire du *corps calleux*.

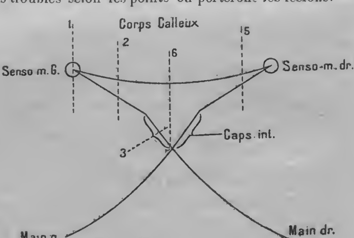
D'après ce cas et d'autres analogues, Liepmann émet son hypothèse ingénieuse sur l'apraxie.

D'après Liepmann les deux hémisphères concourent, mais à des degrés différents, à l'eupraxie des membres qu'ils gouvernent.

Selon les termes de l'auteur, l'hémisphère gauche est un grand frère dont les conseils sont indispensables à l'hémisphère droit, son cadet.

L'hémisphère droit est un déshérité il ne possède qu'un faible pouvoir eupraxique sur les membres gauches. Mais il sert d'intermédiaire entre ces membres et l'hémisphère gauche et les deux hémisphères sont réunis par le corps calleux.

Le schéma suivant de Liepmann fait voir quels seront les troubles selon les points où porteront les lésions.



Plusieurs cas sont à considérer :

1° Lésions du senso-motorium gauche : paralysie du côté droit, apraxie gauche.

2° Lésions sous-corticales gauche, apraxie gauche.

3° Lésions de la capsule interne gauche : paralysie droite pas d'apraxie.

4° Lésions des radiations calleuses gauche : apraxie gauche isolée.

5° Lésions des radiations calleuses droites, apraxie gauche isolée.

6° Lésions du corps calleux : apraxie gauche isolée.

Le schéma précédent convient uniquement aux droitiers ; en théorie ce schéma doit être renversé chez les gauchers. Rothmann a apporté deux cas cliniques qui confirment cette idée.

D'après Liepmann, le centre eupraxique serait constitué par la synthèse des souvenirs emmagasinés dans l'hémisphère gauche. Ils parviendraient au senso-motorium gauche de tous les centres correspondant de l'écorce ; il n'y aurait pas de centre de l'eupraxie.

Hartmann ne partage pas cette manière de voir.

Il croit à l'existence d'un centre eupraxique commun aux deux côtés et localisé dans le globe frontal gauche au niveau des première et deuxième circonvolutions frontales.

Contre l'opinion de Hartmann, il faut rappeler les deux cas de Lavandowsky.

Chez deux malades, il existait des tumeurs détruisant le prétendu centre eupraxique et cependant pendant la vie on avait recherché systématiquement l'apraxie.

Valeur sémiologique de l'apraxie

La valeur sémiologique de l'apraxie est très différente selon qu'il s'agit d'apraxie idéatoire ou d'apraxie motrice.

Dans le premier cas, il s'agit en général de lésions diffuses et le syndrome clinique ne facilite en rien le diagnostic de l'affection, ni de la topographie des lésions. Tels sont les cas de paralysie générale, de démence précoce, de démence sénile, etc., relevés chez les auteurs par M. Dromard et Mlle Pascal (1).

Lorsqu'il s'agit d'apraxie motrice le diagnostic topographique peut être à peu près fait si l'on admet les idées de Liepmann ; une apraxie motrice du côté droit chez un droitier indiquera une lésion de l'hémisphère gauche, une apraxie du côté gauche indiquera nécessairement une lésion calleuse.

Ce diagnostic s'est d'ailleurs trouvé vérifié dans de nombreux cas déjà. Nous signalerons les cas de ramollissements du corps calleux de Liepmann, Liepmann et Mass, Rhein, Goldstein, Hartmann, Henri Claude, les cas de tumeur du corps calleux de Hartmann, Foster, Van Pleuten, etc.

Enfin dans un travail récent (2) nous avons montré que l'étude des observations de lésions calleuses antérieures à la connaissance de l'apraxie permet de soupçonner parfois ce symptôme.

Il est néanmoins incontestable qu'il existe des cas bien étudiés d'apraxie sans lésions calleuses. Peut-être dans ces cas des suppléances se sont-elles établies ?

Le cas récent de Claude est en faveur de cette hypothèse. Chez une malade présentant des traces légères d'une hémiparésie gauche ancienne l'apraxie produisit un ictus suivi d'hémiplégie droite. A ce moment s'établit une apraxie motrice des plus nettes du côté gauche.

(1) Dromard et Mlle Pascal. — *Pr. Médicale*, 1909, n° 31.
(2) J. Lévy-Valensi. — Le corps calleux (étude anatomique, physiologique et clinique. *Th. Paris* 1910. Steinheil

A l'autopsie, foyer de ramollissement *ancien* et radiations calleuses gauches, lésions *récentes* diverses de ramollissement et d'œdème.

M. Claude croit que ces lésions récentes ont détruit les suppléants établis à la suite de la première lésion d'une apraxie.

De même que chez un aphasique cardiaque la destruction du centre de Broca n'infirme pas la théorie classique vraie ou fausse, de même l'absence d'apraxie chez un malade au corps calleux lésé n'infirme pas la théorie de Liepmann. L'apraxie passe plus facilement inaperçue que l'aphasie, la rééducation a pu se faire à l'insu du malade et du médecin.

Bibliographie

Bernheim. — Contribution à l'étude de l'aphasie. De la cécité psychique des choses. *Revue de médecine*, 1885.

Bonhoeffer. — Congrès de Breslau, 1894. *Allg. Z. f. Psy.*, 1895, p. 1016.

Claparède. — Revue générale sur l'agnosie. *Année psychologique*, 1900.

Claude. — *Société médicale des Hôpitaux*, 9 juillet 1909.

Claude. — Sur un cas d'hémiplégie droite avec spasme du membre supérieur gauche. *Société de Neurologie*, 24 février 1910.

Nollander. — Rapport du Congrès Belge de *Neurologie et de Psychiatrie*, Anvers, septembre 1907.

Dupré. — In *Traité des Maladies mentales*, de Gilbert-Ballet, p. 983.

Dromard et Mlle Pascal. — *Presse médicale*, 1909, n° 31.

Duterque. — Thèse Paris, 1909.

Forster. — *Berlin Gesel. f. Psy. und Neur.*, 11 mai 1908.

Hartmann. — *Beitrage zur Apraxielehre. Monats. f. Psy., u. Neur.*, 1907, XXI, p. 97.

Goldstein. — *J. f. Phy. und. Neurol.*, 1908. *Centralbl.*, 1er sept. 1909.

Jackson, Hughlings. — Remarques sur les cas de maladies du système nerveux dans lesquelles le défaut d'exprimer est le symptôme primordial. *Med. Times and. Gaz.*, 23 juin 1866, p. 659.

Jackson, Hughlings. — Maladie du cerveau ; hémiplégie gauche ; trouble mental. *Med. Times and Gaz.*, 4 mars 1872, p. 513.

Jackson, Hughlings. — Volumineuse tumeur cérébrale sans névrite optique avec hémiplégie gauche et « Imperception ». *Roy. Lond. opht. Hosp. Report*, mai 1876.

Jackson, Hughlings. — Remarques sur la non-protusion de la langue dans quelques cas d'abasie. *Lancet*, 18 mai 1878.

Jackson, Hughlings. — *Neurological Fragments. Lancet*, 5 mars 1892.

Klerst. — Apraxie corticale d'innervation. *Monats. f. Phy. und Neur.*, 1906, XIX, p. 969.

Laignel-Lavastine et Boudon. — Un cas d'apraxie. *Société de Neurologie*, 4 févr. 1909.

Lévy-Valensi. — *Loc. cit.*

Lewandowski. — Apraxie par paralysie progressive. *Centralbl. f. Nerv. u. Phy.*, 15 sept. 1905.

Lewandowski. — *Berlin. Kl. Woch.*, 27 juillet 1907.

Liepmann. — Observation d'apraxsie motrice (asymbolie). *Berlin.* Karger, 1900.

Liepmann. — Ueber apraxie mit Demonstration. *Berl. Ges. für. Phys. u. Neur.*, 9 juin 1902, et *Neurol. Centr.*, 1902, p. 614.

Liepmann. — L'hémisphère gauche et la fonction de l'agir. (Handeln). *Munch. med. Woch.*, 1905, p. 2322.

Liepmann. — Sur les troubles de « Handeln », dans les maladies du cerveau. Berlin 1905.

Liepmann. — Sur le rôle du corps calleux dans la fonction de « Handeln », *Med. Klin.*, 23 juin 1907, p, 725. *Allg. Zeitr. f. Phy.*, 190, p. 450.

Liepmann et Moas. — Observation anatomo-clinique établissant le rôle de l'hémisphère gauche et du corps calleux dans la fonction de « Handeln ». *Berlin. Kl. Woch.*, 17 juin 1907.

Moas. — Un cas d'apraxie et d'agraphie du lobe gauche. *Neurol. Centr.*, 1er sept. 1907.

Monakow. — *Gehirnpathologie*, 2e éd., Vienne, 1909; p. 693.

Piek. — Sur la psychologie de l'apraxie motrice. *Neurol. Centralbl.*, 1902, p. 994.

Raymond. — *Bulletin Médical*, 1909, n° 25.
Raymond, Claude et Rose. — *Société médicale des Hôpitaux*, 25 février 1909.
Rhein. — *Amer. Journ. of. ment. and. nerv. dis.*, 1907.
Rose. — De l'apraxie. *L'Encéphale*, 11 nov. 1907.
Rose. — De l'apraxie des muscles céphaliques. *Semaine médicale*, 22 avril 1908.
Rothmann. — *Symptomatologie de l'hémiplégie*, *Neur. centralbl.*, 1907, p. 371.
Strohmayer. — Sur un cas d'hémiplégie droite avec apraxie du membre supérieur gauche. *D. Zeit. f. Neur.*, 1909, p. 392.
Van Vlenten. — *Allg. Z. für. Phy.*, 1907.
Westphal. — Sur un cas d'apraxie motrice. *Allg. Z. f. Psy.*, LXIV.
Vilson. — Etude de l'apraxie. *Brain*, 1908, p. 164.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos du choléra en Italie.

Je reviens de Naples où j'ai passé mes vacances : séjour agréable, même en été, car la chaleur est tempérée par la brise de mer, et grâce à l'humidité de l'atmosphère, le ciel est d'un bleu moins éclatant que celui de Provence. J'étais déjà allé dans cette ville, chantée des poètes, en 1882 et en 1898, et j'ai pu juger des améliorations réalisées : quartiers insalubres remplacés par de larges rues, une eau potable, fraîche, délicieuse, amenée de la montagne et distribuée en abondance. Les lazzaroni sont devenus rares, on n'en voit plus que par exception faisant la sieste, étendus au soleil. Mais les habitants sont toujours aussi sales : ils s'épouillent sur le pas de leurs portes et défèquent dans les rues. Quand on traverse en tramway la banlieue, il est rare qu'on ne voie pas quelque indigène en train d'exécuter ces actes. Ils mériteraient le choléra, en dépit de leurs invocations et de leurs promesses à la Vierge et aux saints ; il est probable qu'ils n'en auront que quelques cas sporadiques, grâce à la pureté et à l'abondance de l'eau.

On sait que le choléra, venu de Russie, a frappé les Pouilles. Pourquoi a-t-il trouvé dans cette province un terrain favorable ? Je suis allé à la bibliothèque de la ville de Naples et y ai consulté les bulletins de statistique du royaume. Ils m'ont fourni une réponse intéressante.

Les Pouilles et la Basilicate sont les deux provinces où la mortalité est restée la plus élevée. De 32.8 pour 1000 en 1878, de 30 en 1896, la mortalité était encore de 25.89 en 1905, de 22.12 en 1906, de 23.89 en 1907, alors qu'en cette dernière année, elle était de 20.73 pour tout le royaume. De même la Basilicate, qui avait en 1878 une mortalité de 34.4 pour 1.000, en 1896 de 32.1, avait en 1905, 27,7, en 1906, 23.4, en 1907, 25.7 pour 1.000 habitant. Au contraire le Piémont, qui en 1878 perdait 29.5 habitants pour 1.000, n'en perd plus que 18.74 en 1907 ; la Vénétie, qui en perdait 29.3 en 1878, n'en perd plus que 19.1, et la Campanie ou province de Naples, qui en perdait 29.9 en 1878 n'en perd plus que 22.03 en 1907. Naples elle-même est devenue une ville assez saine puisqu'elle ne perd plus que 24.99 habitants pour 1000 en 1905, 25.3 en 1906 24.45 en 1907.

Les peuples les plus arriérés, les plus sales, les pluss insouciants, les plus misérables, sont ceux qui ont le plu de maladies et le plus d'enfants. Le choléra sévit depuis trois ans d'une façon chronique en Russie où le nombre des nouveau-nés atteint en moyenne chaque année 50 pour 1000 habitants. Il s'est fixé dans les Pouilles qui, avec la Basilicate, est la province de l'Italie où la natalité est la plus forte. Dans les Pouilles, la natalité était en 1878 de 43 pour 1000 habitants, en 1896, 38.04, en 1905, 37.68, en 1906, 36.67 en 1907, 36.13. Dans la Basilicate, la natalité était en 1878, de 42.8, en 1896 34.5, en 1905, 35.22, en 1906, 35.26, en 1907, 35.2. Au contraire, au Piémont, la natalité, qui était de 36.4 en 1878 n'est plus en 1907 que de 25.19 ; en Ligurie, elle n'est plus que de 24.99 ; en Campanie, la natalité, qui était de 36.4 en 1878 est descendue à 30.85. Dans tout le royaume elle est tombée de 37.1 en 1882 à 31.4 en 1907.

Si le choléra frappe surtout les pays à haute natalité, nous n'avons guère à le craindre, nous autres Français. A quelque chose, malheur est bon. Félix Regnault.

MÉDECINE PRATIQUE

Complications oculaires des néphrites ;

Par M. Poulard
Ophtalmologiste des hôpitaux.

Parmi les complications oculaires qui peuvent survenir au cours des néphrites, il en est, comme la rétinite albuminurique et l'amaurose urémique, qui sont franchement liées à la néphrite. Mais on en rencontre assez souvent d'autres qui résultent non de la néphrite mais de l'action directe de la maladie générale qui a produit la néphrite : artériosclérose, maladies infectieuses comme la syphilis, la scarlatine, etc.., intoxications par le plomb, l'alcool, etc.

C'est à tort qu'on attribue à la néphrite les paralysies oculo-motrices, l'hémianopsie, les ecchymoses sous-conjonctivales qui se voient fréquemment chez les brightiques. Ces affections dépendent de l'artériosclérose, de la syphilis ou de l'intoxication, mais pas de la néphrite.

Au contraire, l'amaurose urémique et la rétinite albuminurique sont en relation directe avec la néphrite ; elles sont produites par la lésion rénale ; l'artériosclérose, les maladies infectieuses comme la syphilis ou la scarlatine, les intoxications par le plomb ou l'alcool sont incapables à elles seules de les faire apparaître. Ce sont là les véritables et les seules complications oculaires des néphrites.

Amaurose urémique

Symptômes : au cours d'une néphrite la vue s'en va complètement et brusquement. Mais, fait curieux et important à noter pour le diagnostic, malgré l'abolition complète de la vue, les réflexes pupillaires à la lumière sont conservés. D'ailleurs, l'ophtalmoscope ne montre aucune lésion du fond de l'œil ; au bout de quelques jours la vision revient subitement et complètement. L'amaurose urémique est, en somme, caractérisée par la *perte brusque, totale et passagère de la vision avec conservation des réflexes pupillaires à la lumière.*

Etiologie : Ce trouble visuel est le fait de l'intoxication urémique agissant sur le système nerveux, sur les voies optiques, probablement dans leur trajet intra-cérébral, en arrière des noyaux réflexes du mésocéphale.

Diagnostic : La rétinite albuminurique n'abolit pas complètement la vision ; elle débute lentement, progressive-

ment et guérit de la même manière ; il existe des lésions très marquées du fond de l'œil.

Pronostic : Toute la gravité dépend de la lésion rénale ; l'affection oculaire guérit, en effet, toujours et sans laisser de traces. Elle peut se reproduire.

Traitement : Celui de l'urémie.

Rétinite albuminurique

Etiologie : Elle se rencontre dans les néphrites aiguës et dans les néphrites chroniques. Elle est particulièrement fréquente dans la scarlatine, la grossesse et le mal de Bright.

De fait, elle est presque toujours liée à l'albuminurie, augmentant et diminuant avec elle.

Mais, en réalité, elle pourrait se rencontrer dans des néphrites sans albuminurie.

Il semble qu'elle ait pour cause une intoxication spéciale de la rétine par suite de l'insuffisance de la filtration rénale.

Symptômes : Diminution de la vision ; voiles devan les yeux ; brouillards. On pourrait, en examinant le champ visuel, démontrer l'existence de scotomes centraux ou périphériques. A l'ophtalmoscope on voit des lésions très accentuées : des taches blanches, qui sont des exsudats autour de la papille et de la macula ; des taches rouges, qui sont des hémorrhagies ; et enfin un œdème diffus dans tout le fond de l'œil.

Les troubles visuels suivent l'évolution de la néphrite ; quand la néphrite s'améliore, quand l'albuminurie diminue sous l'action du traitement, les troubles visuels s'atténuent. La rétinite peut même guérir complètement quand l'affection rénale est curable, comme cela se rencontre dans les néphrites aiguës infectieuses et dans la néphrite gravidique.

Pronostic : Il dépend de la néphrite qui peut être passagère, récidivante, ou incurable. La vue s'améliore considérablement en même temps que la néphrite, mais il persiste toujours des traces aux points où siègent les hémorrhagies, les exsudats ou les cicatrices. Les conséquences sont graves si les lésions sont au niveau de la macula. Il peut persister un scotome central entraînant la perte définitive de la vision maculaire.

L'apparition de la rétinite albuminurique au cours d'une néphrite chronique est d'un pronostic grave. Les néphrites chroniques avec rétinite ne vont pas, en général, au delà de deux ans.

Diagnostic. — Les troubles visuels qui apparaissent au cours d'une néphrite sont en général le fait de la rétinite albuminurique, quelquefois de l'amaurose urémique. La rétinite albuminurique survient et disparaît progressivement, elle affaiblit la vue, mais ne la fait point disparaître. L'amaurose urémique vient et s'en va brusquement et, pendant sa courte existence, abolit complètement la vision. Sa confusion est donc impossible entre les troubles visuels de l'une et l'autre de ces deux affections néphritiques.

Traitement. — C'est par le traitement de la néphrite qu'il faut agir sur les troubles visuels.

L'amélioration de la rétinite suit toujours l'amélioration de la lésion rénale, la guérison de l'une entraîne la guérison de l'autre. Il n'y a aucun traitement local vraiment efficace, si ce n'est le repos complet des yeux.

La rétinite de la néphrite gravidique n'est pas d'un traitement aussi simple, et le médecin peut être quelquefois fort embarrassé dans les décisions à prendre.

Quand une albuminurique au cours de sa grossesse présente des symptômes de rétinite dans les premiers mois, faites l'avortement. La mère risque sa vie ; l'enfant n'a pas de chances d'arriver à terme.

Quand une albuminurique ne présente de rétinite que dans les deux derniers mois de sa grossesse, on peut attendre si la rétinite est très légère ; mais si la rétinite est accentuée, s'il y a menace pour la vie de la mère, il vaut mieux provoquer l'accouchement.

En somme, dans les rétinites des premiers mois et dans toutes les rétinites graves, il faut provoquer l'avortement ou l'accouchement.

ACTUALITÉS MÉDICALES A L'ÉTRANGER

L'examen du sang dans la maladie de Basedow

Depuis plusieurs années déjà, Lanz (d'Amsterdam) avait remarqué qu'après les opérations pour maladie de Basedow, les instruments étaient plus difficiles à nettoyer qu'après les autres interventions, du fait de l'adhérence du sang. Quand la viscosimètre de Hess fut connu, Dam fit une série de recherches sur la viscosité du sang des basedowiens ; mais les modifications dans la viscosité ne parurent pas en rapport avec la gravité clinique de la maladie.

En 1907, Caro (1) publia le premier cas de maladie de Basedow maligne combinée avec des symptômes de pseudo leucémie.

L'examen du sang montra une proportion normale d'hématies et 9.000 leucocytes par millim. cube (5457 mononucléaires et 3.864 polynucléaires) ; il existait donc une mononucléose relativement élevée.

Kocher (2) à la suite de recherches sur le sang des basedowiens, note également une lymphocytose ; mais tandis que Caro avait trouvé un nombre normal de globules blancs et même de la leucocytose, Kocher trouva une leucopénie.

Gordon et Jagic, Buhler (3) arrivèrent aux mêmes résultats.

Van Lier (4) examina à ce point de vue en 1909, à la clinique chirurgicale d'Amsterdam, 76 cas de goitres exophtalmiques, de formes frustes, de goitres parenchymateux, de myxœdèmes et de basedowiens opérés.

Il constata que le nombre de globules rouges est normal, oscillant entre 3.800 000 et 5.000 000. Le nombre des leucocytes varie entre 5.000 et 14.000 : il y a donc une proportion normale ou une leucocytose modérée. Les numérations furent ordinairement faites 3 à 4 heures après le deuxième repas.

Il existe dans le goitre exophtalmique une augmentation des mononucléaires et des formes de transition qui peut aller jusqu'à 18 %, au lieu de 3-5 % dans le sang normal (Nægeli). — Dans les formes frustes, l'équilibre leucocytaire est à peu près normal ; le nombre des mononucléaires a seulement augmenté. Sur 17 cas, 15 fois le nombre s'élevait au-dessus de 5 % et dans un cas jusqu'à 18 %.

Le sang des basedowiens renferme une augmentation notable du nombre des lymphocytes principalement des petits lymphocytes (27 à 53 % au lieu de 22-25 %.)

Les polynucléaires neutrophiles, par contre, sont diminués (30 % au lieu de 65 70 %).

L'examen du sang des basedowiens montre donc un nombre normal de leucocytes ou une légère leucocytose, une augmentation de leucocytes mononucléaires, une hyperlymphocytose et une leucopénie polynucléaire neutrophile.

(1) Caro. — *Berliner klin. Woch.* 1907.
(2) Kocher. — *Archiv. für. klin. Chir.* 1908.
(3) Buhler. — *Münch. Med. Woch.*, n° 19, 1910.
(4) Van Lier. — *Beit. zur. klin. Chir.* Bd. LXIX, Hft. 2, sept 1910.

Dans les formes frustes, on note seulement une augmentation de leucocytes mononucléaires.

Dans les cas de goitre parenchymateux ou colloïde, sans symptômes de thyroïdisme, le sang est normal.

Parmi les 4 cas de myxœdème examinés par van Lier, il se trouvait un cas de myxœdème récent non encore traité : le sang fut trouvé absolument normal, bien qu'il existât une hyperplasie thyroïdienne et qu'on pût s'attendre à une hypolymphocytose. Les 3 autres cas de myxœdème, traités depuis des mois et des années par des tablettes de thyroïdine, montrèrent une lymphocytose notable.

Chez 7 malades atteints de goitre exophtalmique opérés et guéris, l'un depuis 3 ans, le sang fut absolument normal ; mais 3 basedowiens opérés et non guéris (exophtalmie tremblement, tachycardie) avaient le tableau habituel du sang du goitre exophtalmique.

Un basedowien, au cours d'une infection, réagit comme un sujet normal, par une leucocytose. C'est ainsi que Roth trouva au cours de fièvres intercurrentes le tableau du sang modifié chez les basedowiens. Le nombre des leucocytes augmente et la lymphocytose diminue ou disparaît. La mononucléose persiste toujours.

D'après Kocher, après thyroïdectomie chez un basedowien, le nombre des leucocytes neutrophiles augmente, et celui des lymphocytes diminue.

Souvent une basedowienne guérit après une grossesse, mais après plusieurs grossesses, la maladie peut s'aggraver.

Or dans la grossesse et surtout chez les primipares, il existe de la leucocytose.

Infection, opération et grossesse entraînent donc une leucocytose neutrophile. Si les basedowiennes réagissent bien vis-à-vis de la grossesse, tandis qu'elles réagissent mal en face de l'infection et d'une intervention, c'est que dans la grossesse, le poison basedowien est neutralisé par un échange moléculaire modifié.

L'examen du sang chez les basedowiens acquiert une certaine valeur pronostique et peut donner une indication opératoire. C'est ainsi que 2 malades moururent 24 heures après l'intervention (thyroïdectomie et ligature de l'artère thyroïdienne supérieure, sous anesthésie locale), avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque.

Dans ces 2 cas, la lymphocytose était montée à 38 et 42 % et les polynucléaires étaient descendus à 44 et 33 %.

Caro rapporte un cas semblable également terminé par la mort où l'examen du sang donnait une lymphocytose de 38 %, une polynucléose de 41 %.

Il en résulte que l'on ne doit pas opérer les cas de goitre exophtalmique dans lesquels le nombre des lymphocytes monte au-dessus de 40 % et le nombre des polynucléaires descend au-dessous de 45 %.

En résumé, dans le goitre exophtalmique le nombre des hématies n'est pas modifié. Le nombre des leucocytes est également normal ; mais l'équilibre leucocytaire est altéré : il existe une *augmentation des lymphocytes et des mononucléaires, une diminution des polynucléaires neutrophiles.*

Plus la lymphocytose est accentuée, plus le pronostic de la maladie et de l'opération est sérieux.

Chez les basedowiens guéris par l'opération, le sang revient à la normale. BURNIER.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL
DES MALADIES PROFESSIONNELLES.

(Suite et fin.) (1)

—

3e QUESTION. — Etat présent de la lutte entreprise contre l'ankylostomasie.

M. *O. Delbastaille* (de Liége). — La constatation des résultats obtenus dans la dernière décade d'années par la mise en œuvre et le perfectionnement des mesures de défense préconisées contre l'ankylostomiase, l'expérience actuellement acquise sur leur valeur sanitaire, l'appréciation, enfin, de l'influence qu'elles exercent sur l'hygiène des mines et sur la santé de l'ouvrier mineur permettent de juger avec fermeté l'importance de leur efficacité et de dégager les règles qui doivent présider à leur application.

Les mesures d'assainissement réalisées ou proposées sont de deux sortes : les unes, les plus actives, les plus directes, sont, à proprement parler, des mesures spécifiques d'hygiène spéciale ; tandis que les autres ressortissent à l'hygiène générale et ont plutôt une efficacité « adjuvante ».

La procédure suivie avec tant de succès dans le bassin de Liège, et qui comporte l'ensemble des moyens de la première espèce, consiste à dépister tous les porteurs de vers au moyen de revisions répétées aussi souvent qu'il est nécessaire, à soigner et à guérir tous ces parasités, et enfin à ne laisser descendre dans la mine que les ouvriers dûment reconnus, après un ou plusieurs examens microscopiques de selles, absolument indemnes de toute infection.

Ces trois opérations, qui ajoutent leurs effets les uns aux autres, auraient rapidement raison de l'ankylostomiase si les conditions économiques particulières de l'exploitation des mines permettaient d'interrompre le travail pendant quelques semaines, et si l'on disposait des moyens nécessaires pour la cure d'un grand nombre d'ankylostomiasés à la fois. Néanmoins, malgré l'impossibilité de réaliser ce desideratum, le filtrage successif des parasités et la guérison de ceux-ci assurent des résultats pratiquement suffisants.

Il importe, toutefois, que les révisions et les examens d'embauchage soient pratiqués avec le plus grand soin en s'entourant de toutes les garanties d'authentification des selles recueillies, et par les soins de médecins familiarisés avec la pratique de ces investigations microscopiques.

Les cures doivent être faites dans un hôpital ou dans un dispensaire spécial, sous la direction et la surveillance d'un personnel soigneux qui ne permettra l'exeat et n'accordera le certificat d'immunité indispensable pour la reprise du travail souterrain qu'après s'être assuré de la guérison par le contrôle microscopique des selles.

Les cures ambulatoires doivent être absolument proscrites, parce qu'elles n'offrent aucune garantie sérieuse de réussite ni de contrôle.

L'hôpital ou le dispensaire a, en outre, l'avantage de permettre à l'ouvrier affaibli par la cure de se reposer et de se restaurer jusqu'à rétablissement complet, et d'y recevoir, durant son séjour, des instructions et des indications sur les précautions qu'il aura à prendre désormais pour éviter toute nouvelle contamination.

Ces diverses opérations, bien conduites, finissent immanquablement, le temps aidant, par « tuer le ver » dans les exploitations les plus infectées, et cela sans apporter d'entrave sérieuse ou d'interruption notable à l'exécution du travail.

Pour les mines neuves, l'exigence seule du certificat d'immunité pour tous les ouvriers constituera la mesure de prophylaxie la plus efficace.

Cependant, il faut encore compter avec l'imprévu, les omissions et les négligences, dans cette industrie où le personnel est si nombreux, si imprévoyant, et malheureusement souvent si ignorant. A la faveur des moindres fautes dans la méthode de préservation, dont nous venons d'esquisser les données essentielles, il peut arriver que l'infection persiste ou récidive, et c'est là une des raisons principales qui nous font considérer comme des appoints importants, des adjuvants d'une incontestable utilité, certaines des mesures de prophylaxie que nous avons rangées dans la seconde catégorie.

Et d'abord l'établissement dans les chantiers et les galeries principales de tinettes latrines mobiles Il est incontestable que si tous les charbonnages installaient dans leurs travaux des tinettes en nombre suffisant, dans des conditions d'étanchéité et de propreté convenables, et en confiaient la remonte et la désintion à des individus exclusivement préposés à cet office, et si l'interdiction de se délester dans le fond des travaux pouvait être respectée, on réaliserait, en même temps qu'une grande amélioration de l'hygiène générale des mines, un grand progrès dans leur assainissement au point de vue qui nous occupe.

(1) Voir les derniers numéros.

Nous considérons aussi comme très avantageuse, dans la lutte contre l'ankylostomasie, l'installation, à la surface des travaux, de latrines convenables et toujours très proprement entretenues, afin que l'ouvrier y soit, en quelque sorte, attiré et devienne ainsi plus enclin et plus habitué à la fois à se délester avant, et non après la descente.

On a cherché aussi à empêcher le développement des larves en désinfectant les travaux au moyen de diverses substances. Les désinfectants les plus variés ont été tour à tour essayés ; mais, en pratique, leur activité est pour ainsi dire nulle, à cause de la résistance des larves encapsulées et des dépenses considérables qu'entraîne l'emploi *larga manu* et journalier de solutions suffisamment concentrées sur une étendue aussi grande.

L'amélioration de la ventilation des travaux du fond, la réalisation d'un aérage intense et continu, l'assèchement des galeries et des chantiers, en tant qu'il ne puisse pas cependant favoriser les explosions, l'enlèvement des boues et enfin l'utilisation de tous les procédés capables de favoriser l'écoulement des eaux et d'éviter leur stagnation, sont autant de moyens concourant à faire baisser la température et à diminuer l'humidité à la faveur desquelles se multiplie l'ankylostome.

A la suite des travaux de Loos, démontrant que les larves d'ankylostomes pouvaient envahir l'économie en pénétrant par la peau, et des nombreuses observations confirmant cette découverte, on crut, dans certains milieux surtout, devoir attribuer aux bains-douches une vertu prophylactique absolue et de tout repos. Malheureusement, l'infection à travers les téguments se fait avec une rapidité trop grande pour qu'on puisse espérer qu'un bain-douche pris à la sortie de la mine, quelques heures après l'atteinte des larves, ait une efficacité réelle.

Il importe enfin, pour assurer la stricte observation de toutes les précautions de prophylaxie et l'exécution scrupuleuse des mesures préconisées, qu'une surveillance médicale incessante s'exerce sur les charbonnages contaminés.

M. E. *Malvoz*, directeur de l'Institut provincial de bactériologie. à Liége. — Ce qui doit solliciter aujourd'hui l'attention, c'est la mise au point exacte, c'est la revision minutieuse des résultats obtenus dans les mines où la lutte a été sérieusement organisée contre cette redoutable maladie, et ce sont les enseignements qui s'en dégagent.

C'est dans les bassins miniers de la Westphalie et du pays de Liége que l'offensive contre l'ankylostomasie a été prise avec le plus de décision, de méthode et d'esprit de suite. Les difficultés à vaincre étaient beaucoup plus considérables dans le bassin de Liége que dans les districts houillers rhénanswestphaliens. La proportion des malades aussi bien que des porteurs de vers était beaucoup plus forte dans les charbonnages de la province de Liége que dans les mines allemandes. Au moment où la lutte a été sérieusement organisée, c'est-à-dire vers 1902, on comptait 9 % de porteurs de vers dans les charbonnages de la Westphalie, contre 26 °/° dans ceux du pays de Liége.

Les résultats obtenus depuis 1903 jusqu'aujourd'hui sont très encourageants. Le pourcentage général des porteurs de vers s'est abaissé des quatre cinquièmes ; le nombre des malades est devenu si faible que plusieurs mois s'écoulent souvent sans que l'on découvre un cas d'anémie parasitaire. Il n'y a pour ainsi dire plus que des porteurs de vers en bon état de santé apparente, que l'on soumet au traitement expulsif dans un but essentiellement préventif.

M. Hugo *Wolfs* (de Bohême). — En Autriche on a reconnu avec certitude 79 cas d'ankylostomasie concernant 45 ouvriers mineurs : 14 des mineurs venant de l'étranger et n'ayant pas encore repris leur travail ; 20 enfin des personnes étrangères à l'industrie des mines rapatriées du Brésil.

Dans ces 79 cas, l'infection s'est effectuée à l'étranger ; aucun cas de contamination n'a été observé dans les mines autrichiennes.

La propagation de l'ankylostomasie a été arrêtée par l'exécution stricte, dans toutes les mines du pays, des mesures édictées dans un arrêté ministériel du 4 juillet 1904 ; les conditions locales de ces mines sont, du reste, très peu favorables au développement de la maladie.

M. *Petrof*, inspecteur général de la santé publique à Sofia (Bulgarie). — M. Kosta Georgief, ex-médecin de la mine houillère de l'Etat à Pernik, constatant l'absence complète de l'ankylostomasie chez les ouvriers mineurs, conseille aux autorités publiques les mesures suivantes pour empêcher l'importation de cette maladie dans le pays :

1° N'accepter que des ouvriers indigènes autant que possible.

2° En cas qu'on accepte des ouvriers étrangers, surtout ceux qui ont travaillé dans les mines en Autriche-Hongrie, il faut exiger d'eux des certificats médicaux constatant l'absence de la maladie dans le pays d'où ils viennent ;

3° Tout ouvrier étranger doit être, préalablement à son admission, soumis à une observation et à un examen microscopique de ses fèces pendant deux jours. Une désinfection de ses habillements est nécessaire ;

4° Deux fois par an, soumettre à un examen médical tous les ouvriers mineurs et faire des recherches microscopiques des ankylostomes dans leurs déjections.

Le prof. *Monti*, de Pavie. — La loi italienne sur la déclaration des maladies contagieuses a oublié l'ankylostomiase, de telle sorte que celle-ci, même dans les statistiques, n'est pas séparée des autres formes d'helminthiase. Aussi l'on rencontre beaucoup de difficultés pour se faire une idée exacte de la diffusion de cette maladie.

Dans mon service d'anatomie pathologique, sur 2.300 cadavres, l'ankylostomasie a été reconnue comme cause unique de mort chez 14 individus ; ce qui veut dire que, malgré toutes nos connaissances sur le redoutable parasite, malgré tous nos enseignements aux jeunes médecins, malgré toute notre propagande sanitaire pour la protection individuelle du travailleur, il y a encore des malades qui arrivent à la cachexie avant de recevoir les soins d'un médecin.

Les ankylostomiasiques soignés à l'hôpital de Pavie dans les deux dernières années étaient presque tous des paysans de la plaine environnante ; quelques-uns étaient des briquetiers.

Le nombre des femmes atteintes par cette maladie paraît bien remarquable : sur 76 cas, 50 femmes. D'après les recherches très soigneuses de M. Sacchi, assistant à la clinique gynécologique, la fréquence extraordinaire de l'ankylostomiase chez les paysannes est certainement due au travail dans les rizières, où les femmes sont employées dans les mois de juin et d'août à enlever les petites plantes nuisibles.

Les hommes chargés de préparer la rizière, de moissonner le riz, ou bien de travailler les soi-disantes « marcite » (grandes prairies continuellement arrosées par l'eau de source ou de rivière, que l'on capte ou que l'on dérive pour les distribuer ensuite par un système très régulier de rigoles), s'infectent par la peau comme les femmes qui travaillent nu-pieds et les mains dans la boue des rizières.

Les études de Perroncito, en démontrant que les larves d'ankylostome sont tuées par des solutions de sel en un temps inversement proportionnel à leur degré de concentration, viennent de nous expliquer pourquoi l'on n'a jamais observé aucun cas d'ankylostomiase dans les mines de sel gemme, ou dans les mines aux eaux salées de filtration. Depuis longtemps MM. Perroncito, Giordano, Previtera (1900), Biondi et d'autres avaient proposé d'immuniser les mines contaminées en y répandant quotidiennement du sel de cuisine. Dans les mines de Formignano, en Romagne, et dans quelques solfatares de Sicile, depuis 1906, on a commencé ces expériences. Après l'examen médical de tous les travailleurs et le traitement des infectés, on a ordonné la dissémination quotidienne de sel dans toutes les galeries, de manière à porter à 2 % la teneur de la salinité des eaux. En même temps, on a substitué le sel à la chaux dans les tinettes mobiles ; on a distribué des tonneaux d'eau salée pour que le mineur puisse se laver les mains avant de manger ; on a placé encore de grands lavoirs à eau salée à la sortie des galeries et dans les chantiers.

L'expérience va continuer : jusqu'à présent les résultats paraissent satisfaisants.

M. *Cavilleau* (de Belgique). — Les moyens à employer contre l'ankylostomasie sont de deux ordres : 1° prophylactiques et 2° curatifs proprement dits.

1° Moyens prophylactiques : *a*) Production d'un certificat à l'embauchage, certificat constatant que l'intéressé n'est pas atteint d'ankylostomasie ; *b*) établissement de bains-lavoirs à la surface ; *c*) établissement de tinettes au fond ; *d*) promulgation de règlements sévères, avec sanction, pour forcer les ouvriers à

se servir de ces tinettes et les empêcher ainsi de déféquer au fond,

2° Moyens curatifs proprement dits : *a*) examen systématiquement renouvelé des défécations des ouvriers ; *b*) traitement jusqu'à extinction de tous les cas reconnus.

L'expérience a démontré que, seuls, les moyens curatifs proprement dits présentent une réelle efficacité ; les moyens prophylactiques sont rendus illusoires par la mauvaise volonté des intéressés.

M. *Toth*, de Hongrie. — 80 à 92 % des mineurs de Selmeczbanya et de Kormobanya étaient, en 1882, infectés par l'ankylostome. Celui-ci a complètement disparu depuis cette époque, grâce à une seule mesure : le placement des tinettes dans la mine, avec défense absolue — et rigoureusement respectée — de déposer des excréments ailleurs.

M. *Goldmann* recommande l'examen des ouvriers cessant de travailler dans une mine. Si le mineur est reconnu infecté, il doit faire une cure, afin de ne pas éprouver de difficultés ni de refus à son admission dans une autre mine. Les Sociétés patronales et ouvrières veilleront à ce que le mineur ne subisse, jusqu'à guérison totale, aucune perte matérielle.

L'extrait de fougère mâle et le thymol sont dangereux, inconstants, souvent inefficaces. L'auteur recommande le tæniol, composé de sebirol (principe du ribes embelias) et le salicylate de thymol.

4e QUESTION. — **L'œil et la vision dans leurs rapports avec les maladies professionnelles.**

M. *A. Broca* (de Paris). — Les sources modernes de lumière sont équivalentes au point de vue de l'utilisation immédiate par l'œil.

Au point de vue de la fatigue par la vue directe, la meilleure doit être le tube de Moore, quoique nous ne puissions l'affirmer.

Avec les autres sources il faut prescrire, si on le peut, l'éclairage par diffusion du plafond, système Jaspar ; dans ce cas, 20 lux d'éclairement horizontal seront bons ; si celui-ci est impossible) il faut prescrire l'emploi de diffuseurs de grand diamètre, donnant un éclat aux environs de 0,2 bougie par centimètre carré.

Il faut actuellement, pour les travaux délicats, exiger un éclairement de 40 lux, ou mieux même 50, si l'ouvrage est de couleur claire et l'éclairage autre que celui par diffusion du plafond.

Si l'ouvrage est de couleur foncée, il faut prescrire un éclairement général de 10 lux et une lampe à concentrateur par ouvrier.

Il faut apprendre à celui-ci l'utilité de diffuseurs blancs convenablement placés autour de l'ouvrage, et celle d'une simple blouse blanche.

Il faut exiger un coefficient d'irrégularité d'au plus 2 ; dans les passages où l'on pratique des manipulations de marchandises, il faut exiger au moins 1 lux.

Tout local dans lequel l'acuité visuelle tombe à 0.1 doit, quel que soit son usage, recevoir un supplément d'éclairage.

Il y aurait lieu de faire des mesures relatives au pouvoir diffusif des divers ouvrages sombres pour savoir quel éclairement convenable prescrire, et cela pour les diverses sources industrielles, quand l'ouvrage est coloré.

L'éclairage des locaux industriels.

M. *Massarelli*, inspecteur des accidents du travail en Italie. — Il n'existe pas une règle pour guider l'architecte ou l'ingénieur dans une construction industrielle. D'autre part, de nombreux savants ont étudié les propriétés des diverses sources de lumière artificielle dans leurs rapports avec l'hygiène de la vue, mais de longtemps ces intéressantes études ne pourront aider à répondre aux exigences du travail dans les ateliers.

La tendance dans les constructions modernes est d'abonder dans l'éclairage naturel et de le rendre le plus possible uniforme dans tous les points des locaux, en transformant la lumière directe en lumière diffuse au moyen d'artifices divers.

Quant à la lumière artificielle, elle sera d'autant moins nuisible qu'elle ressemblera davantage à la lumière naturelle. Les nombreuses enquêtes que j'ai faites auprès des industriels et des ouvriers et dans les cliniques ophtalmologiques, ne m'ont pas fourni une seule indication positive sur des inconvénients pour la vue que l'on pût sérieusement attribuer à l'un quelconque des systèmes de lumière artificielle employés en Italie. Aucun ne s'est montré anti-hygiénique dans une mesure appréciable.

Nystagmus des mineurs

M. *Moret* (de Charleroi). — Des différentes théories pathogéniques, émises, les unes ont été abandonnées et deux surtout, parmi les autres, retiennent l'attention : théorie de M. Romiée, attribuant à la noirceur de la mine la production du nystagmus, et l'autre, émises par M. Dransart, y associant la fatigue musculaire, surtout des muscles élévateurs : théorie neuro-musculaire. La théorie otique, un moment laissée dans l'oubli, semble actuellement avoir conquis quelques nouveaux défenseurs.

Il est admis que la noirceur de la mine est un facteur important. Remarquons que lorsque nous voulons voir un objet dans l'obscurité, au lieu de fixer, c'est-à-dire de diriger les yeux vers lui d'une façon immobile, nous les déplaçons au contraire constamment, essayant si sous des incidences différentes nous ne le verrons pas mieux. Donc, dans l'obscurité, au lieu de fixer, nos yeux sont agités de mouvements continuels. Inutile de dire que l'ouvrier houilleur, pendant tout son travail, se trouve dans ces conditions. Cette noirceur de la mine devient donc elle-même une cause de mouvements continuels des yeux.

Il faut tenir compte aussi de la fatigue des muscles de l'œil chez le mineur, mais aussi il y a des troubles nerveux. Le nystagmus serait donc une névrose, dont le trouble nerveux serait localisé au niveau des centres d'association des mouvements oculaires, mais pouvant s'étendre, dans les cas graves, à des centres coordonnateurs voisins. Cette névrose serait consécutive au surmenage de ces centres d'association, surmenage entraîné par la fatigue oculaire due à la noirceur de la mine et à la fatigue des muscles de l'œil, surtout des élévateurs.

MM. Romide et Thibert (de Liége). — Le nystagmus des houilleurs est une affection professionnelle due à l'insuffisance d'éclairage des travaux souterrains. Elle est de nature bénigne ; très exceptionnellement elle préjudicie à la productivité du travailleur. Avec les récentes améliorations apportées dans l'éclairage des mines, elle a diminué notablement de fréquence et d'intensité. Elle finira vraisemblablement par disparaître avec de nouveaux progrès qu'on réalisera dans l'éclairage.

Nous proposons au Congrès d'émettre le vœu de voir augmenter le plus possible l'éclairage des mines de houille, en tenant compte des exigences de la sécurité des travailleurs.

M. le prof. Nuel, de Liége. — Le nystagmus des houilleurs est bien une maladie professionnelle. On pourrait même dire que c'est la plus professionnelle, car elle ne se voit que dans ce métier. De plus, dans les cas graves, elle porte atteinte à la capacité du travail de l'individu. Par conséquent, elle doit entraîner l'indemnisation du chômage.

5e QUESTION. — **Le travail dans l'air comprimé.**

Nous continuons à ne donner qu'un résumé très succinct des rapports, qui sont à lire en entier.

C'est ainsi, par exemple, que nous renvoyons, pour un point de cette 5e question, à l'article du professeur agrégé Langlois (de Paris), sur *la réglementation du travail dans l'air comprimé* paru dans la *Presse médicale* du 10 sept. 1910, c'est-à-dire le jour même de l'ouverture du Congrès.

M. *Catsaras* (d'Athènes). — Ce rapporteur examine la pathogénie des lésions observées, le choix des sujets (auxquels il faut interdire le métier de scaphandrier avant l'âge de 20 ans), les questions de profondeur, de rapidité de décompression, de durée des plongées et des intervalles de repos.

M. Catsaras revendique la priorité de la décompression par stages comme moyen préventif des accidents survenant par l'emploi des scaphandres. C'est une méthode préconisée déjà par lui depuis 1889 dans ses « Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres », publiées dans les *Arch. de neurologie* (1). Voici en quels termes :

(1) Voir *Arch. de neurologie*, 1888-1889, vol. XIXe, nos 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 et 54.

Il faut décomprimer lentement et en plusieurs temps, c'est-à-dire faire monter avec une lenteur ménagée, et, toutes les deux brasses, arrêter la décompression pendant une minute. De cette manière, on obtient d'une part, par la lenteur de la décompression, une quantité de gaz aussi petite que possible, de l'autre, par l'arrêt de la décompression fait toutes les deux brasses, on soumet le plongeur à scaphandre à une compression nouvelle d'une minute, qui sert à redissoudre le peu de gaz dégagé par la décompression lente des deux brasses ».

M. *Waller* (d'Amsterdam). — Ce rapporteur présente les résultats des travaux effectués en Hollande pendant les années 1904, 1905, 1906 et 1907, dans 43 caissons, à une profondeur de 20 à 23 mètres. A Amsterdam le travail comprenait 36 caissons jusqu'à 22 mètres de profondeur, pendant les années 1903-1907. Il a été divisé en deux parties par la situation du terrain.

Pour la première moitié se sont offertes 164 personnes de 20 à 45 ans, dont 30 ont été refusées à cause des maladies suivantes :

14 pour des maladies du cœur ;
7 » — des reins ;
3 » alcoolisme ;
2 » tuberculose pulmonaire ;
1 » cryptorchisme ;
1 » otite moyenne ;
1 » hernie inguinale.

Les médecins ont accepté 130 personnes, et pendant le travail, qui a duré environ un an, on a dû en renvoyer 7 :

2 pour la maladie de Ménière ;
2 » les symptômes ordinaires de la pression ;
1 » otite chronique ;
1 » tuberculose pulmonaire ;
1 » ozène chronique ;

A la seconde partie se sont offertes 119 personnes, dont seulement 16 ont été refusées :

6 » pour des maladies du cœur ;
2 » » des reins ;
1 » alcoolisme ;
1 » hydrocèle ;
1 » otite interne chronique ;
1 » perforation du tympan ;
1 » épididymite ;
1 » artério-sclérose ;
1 » tuberculose pulmonaire ;

On a accepté 103 ouvriers et, pendant le travail, on en a encore refusé trois :

1 pour maladie de Ménière ;
2 pour tuberculose pulmonaire ;

La plupart des gens acceptés avaient travaillé dans la première partie du travail.

Voici la liste des maladies qui interdisent le travail dans l'air comprimé :

1. Difformités, surtout par déviation de la colonne vertébrale ou dystrophie des membres ;
2. Développement insuffisant du corps ;
3. Constitution faible ;
4. Obésité ;
5. Maladies chroniques de la peau ;
6. Cicatrices gênant les mouvements ;
7. Tumeurs des glandes, adénopathies ;
8. Tumeurs qui pourraient donner difficulté pour le travail par leur situation, volume ou nature ;
9. Maladies chroniques des os, des muscles et des articulations ;
10. Bromhydrose plantaire ;
11. Maladies du cœur et des vaisseaux ;
12. Cachexies (syphilis, malaria, intoxications chroniques, etc.) ;

Prophylaxie des coups de pression.

M. *Bornstein* (de Hambourg). — L'emploi de l'oxygène comme moyen thérapeutique et prophylactique contre les accidents dus à l'air comprimé (méthode de Zuntz) m'a donné de bons résultats ; mais sa généralisation est impossible, à cause des frais de production de l'oxygène et de surveillance.

La décompression intermittente donne de meilleurs résultats que la décompression continue.

L'exercice physique, pratiqué immédiatement après la sortie du caisson, constitue le moyen prophylactique le plus important et le plus sûr.

Statistique des travaux à air comprimé au Métropolitain de Paris.

M. *Granjux* (de Paris). — La traversée de la Seine par le Métropolitain a nécessité la pose de onze caissons. Ces travaux ont duré du 1er juin 1905 au 15 mars 1909. Ils ont donc eu lieu avant la mise en application du décret du 15 décembre 1908 « relatif aux mesures particulières de protection et de salubrité dans les chantiers de travaux à l'air comprimé » (ce décret, exécutoire à partir de 1910, impose l'obligation de la visite médicale d'embauchage, de son renouvellement au bout de quinze jours, puis tous les mois ; d'une chambre de recompression quand la pression dans la chambre de travail dépasse 2 kilogr.).

Le nombre d'ouvriers a été très variable, les caissons étant de volume très différent. Mais en 1907, environ 1000 ouvriers ont travaillé dans l'air comprimé.

La pression dans la chambre de travail n'a pas dépassé sensiblement deux kilogr. La durée des plongées a toujours été de huit heures consécutives. L'examen médical d'embauchage n'a pas eu lieu pour tous les ouvriers.

Il n'y avait pas sur le chantier de chambre expérimentale de compression.

Le nombre total des accidents déclarés pendant les années 1905-1908 a été de 250. Dans l'année 1907, où 1000 ouvriers ont travaillé, les accidents se sont élevés à 143, soit 14.3 0/0.

Ces 250 accidents ont déterminé 5 morts et 16 infirmités permanentes pour les motifs suivants :

7 surdités.
5 hystéro-traumatismes.
2 gêne des mouvements.
1 arthrite.
1 atrophie d'un membre.

La part de l'oreille dans ces accidents est si considérable que j'ai demandé à ce sujet des renseignements à M. Berruyer, oto-rhino-laryngologiste, qui a examiné ces ouvriers. Il m'a remis la note suivante :

« La part des accidents auriculaires est considérable, car sur un total de 250 il leur en revient 60 ; sur 16 infirmités permanentes, ils en occasionnent 7. Pour les éviter, il ne suffit pas d'éliminer à l'embauchage les sujets atteints d'otorrhée chronique. Mais tout individu dont le labyrinthe n'est pas normal, tout individu porteur de catarrhe chronique du rhino-pharynx, d'obstruction des voies respiratoires par affection nasale ou rétro-nasale devrait être refusé. La visite d'embauchage ne suffit pas. Elle devrait être renouvelée toutes les semaines, surtout en hiver. »

La réglementation en France des travaux dans l'air comprimé.

M. J.-P. *Langlois* (de Paris). — Dans le projet de décret que nous avions soumis à la Commission d'hygiène industrielle nous avions demandé une visite décadaire pendant toute la durée du travail de l'ouvrier tubiste. Cette visite, se répétant trois fois par mois, a paru excessive et a été ramenée à un mois ; toutefois, on nous a concédé la seconde visite faite quinze jours après la première descente.

Nous avions insisté, en effet, sur la mise en évidence de tares organiques pouvant échapper à un premier examen sur un sujet non encore exposé aux effets de l'air comprimé et qui pouvaient être rendues plus appréciables après les premières décompressions. Les troubles du cœur droit, très souvent difficiles à déceler quand ils ne sont pas très manifestes, pourront devenir au contraire très apparents après quelques manœuvres dans les écluses. Il en sera de même de l'emphysème pulmonaire et surtout des altérations du système labyrinthique.

Le décret de 1909 admet un temps de décompression variable suivant la pression réalisée ; il indique :

20 min. par kil. au-dessus de 3 kil. effectifs.
15 — entre 3 et 2 kil. —
10 — au-dessous de 2 kil. —
5 — — 1 kil. —

Après les rapports et communications du professeur agrégé Langlois, une discussion s'est engagée, tandis que dans une autre salle on discutait la question non moins intéressante des hernies. Nous savons que pour ce qui concerne le travail sous pression, le congrès a définitivement admis les principes suivants :

Durée du travail consécutif diminuée d'après les pressions.

Chambre de recompression dès que la pression s'élève à 1 k. 5 dans la chambre de travail.

Après la recompression, la décompression doit être lente et diminuer graduellement. L'oxygène trouve là son utile emploi.

(*A suivre*) C.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique usuelle du praticien. — Clinique thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, par le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine. Première série (Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, Paris. 1 vol. in-8° carré. 8 fr.)

On peut considérer l'enseignement de la Clinique thérapeutique comme une manière de gymnastique cérébrale qui développe l'intuition du médecin et lui donne plus d'habileté à se servir de ce qu'il sait, tout en rappelant son attention sur les acquisitions modernes qui méritent de survivre parce qu'elles ont été confirmées par les résultats de l'observation.

Voilà ce que l'auteur a essayé de condenser dans cet ouvrage, qui n'est autre chose que la pratique médicale en action et dont le Dr Fiessinger disait récemment, dans un élogieux article du *Journal des Praticiens* : La Thérapeutique usuelle du Praticien pourrait être intitulée, en sous-titre : « *Conditions de réussite dans la clientèle* ».

Nous sommes devant le malade. On pose le diagnostic et l'on trace le rapide tableau de ceux des éléments de la maladie que la thérapeutique est capable d'impressionner. Cela fait, on dresse le plan de campagne avec l'échelle des opérations à conduire. A ce moment, le praticien fait la revue des armes dont il dispose ; il se rappelle leur mode d'action et leur portée, puis reconnaît les éléments morbides auxquels elles répondent. Alors, il rédige sa prescription, en tenant compte des multiples variations qui lui sont imposées par la maladie elle-même et par l'individualité du malade.

Pour la plupart des maladies dont il sera question au cours de l'ouvrage, le Professeur Robin s'est attaché à atteindre cet objectif pratique de *thérapeutique appliquée et expliquée*, mais en insistant presque exclusivement sur les cas où celle-ci est fructueuse et conduit à des résultats qui satisfont le médecin dans son cœur puisqu'il soulage et guérit, et dans son esprit puisque ces résultats lui permettent d'entrevoir le domaine de sa puissance.

Le praticien est beaucoup moins désarmé qu'on ne lui enseigne et qu'il ne le croit trop souvent. Certes, s'il continue à se laisser diriger, pour l'institution de ses traitements, par les théories pathogéniques régnantes, il sera bien vite découragé devant les insuccès ; mais, s'il se décide à étudier les réactions vitales et à leur opposer une *thérapeutique essentiellement fonctionnelle,* il reprendra confiance en ses interventions.

Je suis un croyant de la thérapeutique, dit le Professeur Robin, et ce que j'ai vu pendant ma carrière me permet d'assurer que le scepticisme est un aveu d'ignorance bien plus qu'un aveu d'impuissance ; aussi, mon but le plus cher serait-il de réussir à inspirer à mes lecteurs la foi qui m'anime.



Le professeur RAYMOND
décédé le 29 septembre 1910.

Le professeur Fulgence Raymond, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur, était âgé de 66 ans.

Il est né, en effet, à Saint-Christophe (Indre-et-Loire), le 29 septembre 1844. Il fut d'abord élève de l'École vétérinaire d'Alfort (1861) dont il devint (1866) le chef du service d'anatomie et de physiologie. Mais Fulgence Raymond, âgé de 23 ans, prit le parti de terminer ses études secondaires pour obtenir les diplômes de bachelier et pouvoir satisfaire son ambition d'embrasser la carrière médicale. Externe provisoire des hôpitaux en 1871, il est reçu en 1872 le second à l'Internat ; ce qui le fait passer successivement chez Dolbeau, Marotte, Vulpian, Charcot, et une nouvelle année chez Vulpian comme médaille d'or de l'Internat.

Elève de Vulpian et de Charcot, F. Raymond ne tarda pas, après quelques excursions dans la thérapeutique, la bactériologie, les maladies du cœur, du foie et des reins, à se spécialiser dans la pathologie nerveuse et mentale. Chef de clinique de Germain Sée en 1877, médecin des hôpitaux en 1878, agrégé en 1880, il était appelé en 1894 au grand et périlleux honneur de prendre la succession du professeur Charcot à la chaire de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

Le prof. Raymond, qui fut longtemps lié d'une amitié étroite avec le Dr Bourneville, avait aidé ce dernier à fonder le *Progrès médical* ainsi que les *Archives de Neurologie*. Il collabora assidûment au *Progrès médical* de 1873 à 1899, puis un peu partout : dans le Dictionnaire *encyclopédique des sciences médicales*, dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. Ses *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux* (1894-1903) ont été réunies en volumes.

Signalons parmi les travaux du prof. Raymond, d'abord sa thèse intitulée : *Etude anatomique, physiologique et clinique de l'hémichorée, de l'hémianesthésie et des tremblements symptomatiques* ; puis un travail sur *l'origine corticale du facial inférieur* (1) ; des articles ou des conférences (à l'Hôpital Lariboisière) sur le *tabès dorsalis*, la *maladie de Friedreich*, le *tabès spasmodique*, les *affections spasmo-paralytiques infantiles*. Ce sont en outre des mémoires sur *certains délires chroniques simulant la folie dans le cours des néphrites chroniques*, les *relations de l'albuminurie avec les psychoses*, sur *les rapports du goitre exophtalmique et de la dégénérescence mentale*, sur *les rapports des psychoses et de la pneumonie*, etc.

Le prochain « Bulletin du *Progrès Médical* » sera, en outre consacré au professeur Raymond.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1884, p. 655.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'humorisme ancien et l'humorisme moderne ;

Par le Professeur Charles RICHET (1).

La grande révolution scientifique qui a créé la chimie n'a pas porté ses fruits tout d'abord. Il y a eu des périodes d'incertitude, d'hésitation, pendant lesquelles la physiologie et la médecine, sa fidèle compagne, au cours de ce glorieux XIXe siècle, si fécond en découvertes, ont oscillé sans savoir exactement de quel côté devait venir la lumière.

Et en effet, de même que les anatomistes de la Renaissance avaient dirigé la biologie du côté de la dissection, de même les micrographes, avec leurs microscopes de plus en plus parfaits, ont semblé entraîner la physiologie vers l'histologie, l'histogenèse, la morphologie cellulaire. Or, quoique de précieuses découvertes aient été faites sur la structure des cellules, quoiqu'on ait pu décrire leurs formes, les transformations de leurs plus minuscules ranulations, de manière à finalement considérer la cellule, cet élément qui paraissait si simple, comme un monde extrêmement compliqué, il semble cependant que tous ces progrès de la morphologie n'ont guère élucidé aucune des questions fondamentales de la physiologie.

Les plus grands physiologistes ont à diverses reprises insisté sur cette impuissance de l'anatomie, même de la plus fine anatomie miscrocopique, à élucider la modalité des fonctions. C'était une idée chère à MAGENDIE, à CLAUDE BERNARD surtout, lequel répétait sans cesse que l'histologie ne peut rien, ou presque rien, pour la physiologie, et que la connaissance d'une forme n'implique nullement celle d'une fonction.

On ne peut guère exagérer dans ce sens. Même quand nous pouvons décrire minutieusement la forme d'une cellule et le réseau compliqué des diverses granulations qui la constituent, nous n'en voilà pas beaucoup plus avancés pour connaître son rôle. Qu'il y ait dans une cellule nerveuse cinq ou six groupes de matières diversement colorables, en quoi pourrons-nous déduire de cette apparence les quantités d'oxygène que la cellule nerveuse consomme, déterminer les conditions de l'acte réflexe et les lois de son irritabilité ? Supposons que nous ayons approfondi dans tous ses détails la structure de la fibre musculaire, quels enseignements en pourrons-nous obtenir sur la forme de la contraction musculaire ? Une heure de myographie nous instruira davantage.

Heureusement, les physiologistes ne se sont pas laissé séduire par le mirage du microscope, ils ont fait de la physiologie en physiologistes et non en histologistes ; par l'expérimentation, non par la morphologie. Ni CLAUDE BERNARD, ni HELMHOLTZ, ni LUDWIG, ne se sont refusés à en admettre l'usage, bien évidemment, mais ils ont toujours proclamé que cet usage était restreint. Toujours ils ont préféré l'expérience à l'observation. Ils ont toujours mieux aimé analyser une fonction que de décrire une forme. C'est pour cette cause qu'ils ont fait de si nobles découvertes, car l'histologie d'un organe ne permet pas à elle toute seule de pénétrer le rôle de cet organe.

Peut-être la médecine a-t-elle été moins sage que la physiologie. Elle a cru que l'anatomie microscopique, normale ou pathologique, allait tout éclaircir ; et elle n'en a retiré, nous sommes forcés de le reconnaître, à peu près aucun profit. Toute l'histoire de la pathologie cellulaire, malgré le génie de VIRCHOW, n'a abouti qu'à un échec assez lamentable. Deux ou trois expériences de PASTEUR ont plus fait pour rénover la médecine que cinquante ans d'anatomie pathologique.

Et, si je parle de PASTEUR, comme je pourrais parler de ses éminents successeurs, R. KOCH et EHRLICH, et tous les bactériologistes d'aujourd'hui, c'est que la pathologie expérimentale se confond de plus en plus avec la physiologie pour s'écarter, de plus en plus, de l'anatomie pathologique. Ce n'est pas l'observation microscopique des formes bactériennes ou cellulaires qui nous a donné ces merveilleuses découvertes, par lesquelles la médecine ancienne a été bouleversée. Car vraiment toutes les parties de la médecine ont été régénérées : étiologie, pathogénie, hygiène, thérapeutique, ç'a été une révolution sans précédent dans l'histoire des sciences. Et ces progrès furent dus uniquement à l'expérimentation, c'est-à-dire à la méthode des physiologistes. La morphologie des bactéries a bien peu d'importance quand on la compare à la biologie des bactéries.

Pourtant, aux débuts de la bactériologie, on paraissait s'éloigner définitivement de l'humorisme. Mais d'importants travaux ont bien établi qu'il fallait, en fin de compte, revenir à l'analyse biologico-chimique, c'est-à-dire à l'humorisme, pour comprendre l'évolution des microbes. C'a été d'abord la belle découverte de ROUX, établissant que les symptômes produits par les microbes, quand ils vivent et évoluent dans les corps vivants, sont plus ou moins identiques aux symptômes provoqués par les substances chimiques que contiennent ces microbes. En injectant les produits solubles que sécrètent les microbes de la diphtérie, on reproduit les symptômes de la maladie diphtérique due à la pullulation des microbes diphtériens. Quelque temps après, je montrais, avec HÉRICOURT, qu'on trouve dans le sang des animaux immunisés des substances chimiques capables de conférer l'immunité. Et ç'a été le principe de la sérothérapie, si brillamment appliquée, deux ans plus tard, par BEHRING à la diphtérie. Et, de toutes parts, avec une ardeur incomparable, les expérimentateurs, médecins et physiologistes, sans se demander s'ils faisaient de la médecine ou de la physiologie, ont approfondi les fonctions chimiques du sang et lui ont découvert des propriétés multiples, dont la complication augmente chaque jour. C'est l'humorisme triomphant, l'humorisme dans sa plus rigoureuse acception.

Ainsi vous voyez que, quoique la physiologie ait été de tout temps attachée à l'humorisme, la médecine a oscillé pendant longtemps entre des tendances contraires, tour à tour se tournant vers l'anatomie, l'histologie et la morphologie bactérienne, mais revenant facilement à l'humorisme, comme le lui indiquaient les physiologistes.

* * *

La première loi de l'humorisme moderne est la suivante, qui se dégage nettement d'un nombre incalculable de faits :

Les quantités de substance qui entrent en jeu dans les réactions physiologiques sont souvent en si faibles proportions qu'on peut les dire impondérables.

Or ceci mérite tout d'abord une définition de ce qui est pondérable. La limite nous en est fournie par la sensibilité de nos balances. On pèse avec quelque certitude encore un dixième de milligramme, quoique ce soit déjà une mesure assez délicate, mais on ne peut guère aller plus loin. Et quand il s'agit d'un centième de milligramme, nulle balance ne peut l'apprécier. Pourtant nous pouvons parler d'un centième, d'un millième, d'un millionième de milligramme ; car, en dissolvant un milligramme dans un litre, on a dans un centimètre cube un millième de milli-

(1) Extrait du Congrès physiologique de Vienne, 26 septembre 1910.

gramme ; en le dissolvant dans un mètre cube, on a pour un centimètre cube le millionnième de milligramme. Mais nul réactif chimique, si sensible qu'il soit, ne peut déceler une substance quand elle a été amenée à ce degré extrême de dilution. Et cependant certaines réactions physiologiques nous permettent de démontrer que ces substances prodigieusement diluées ne sont pas inactives. Je vais vous en donner quelques exemples.

Il m'a été donné d'établir que parfois des quantités de sels métalliques répondant à l'effroyablement petite dose du dix-millionnième de milligramme par litre (pour les sels de vanadium, par exemple) n'étaient pas sans quelque action sur la fermentation lactique. Ce chiffre est vraiment tout à fait extraordinaire, car le dix-millionnième de milligramme dépasse en infimité tout ce que nous avons coutume de considérer. Et cependant le ferment lactique est sensible, nettement sensible, à cette étonnante dilution. Et comme il y a dans un litre de lait qui fermente cent mille milliards de cellules, et peut-être davantage, il s'ensuit que la quantité de vanadium qui agit sur chaque cellule est indiquée par une fraction de gramme où il y aurait 25 zéros.

Tous les métaux agissent à peu près comme le vanadium, notamment le thallium et le baryum. On peut alors se demander s'il s'agit d'une action chimique, ou d'une action autre, d'ordre physique, plus ou moins analogue à celle du radium, par exemple. Mon regretté ami P. CURIE m'a jadis donné un peu d'émanation du radium, c'est-à-dire un gaz en proportion si faible qu'il est impondérable (et même cette émanation est-elle un gaz ?) ; en tous cas cette émanation, déjà très diluée quand CURIE me l'a donnée, a pu être mélangée à mille fois son volume d'air sans cesser d'exercer une action sur le ferment lactique. Il y a donc lieu de se demander si cette action des sels métalliques dilués, celle de l'émanation du radium (à laquelle on compare maintenant l'action des eaux minérales), est d'ordre chimique ou d'ordre physique. N'y a-t-il pas là quelque transformation d'énergie ?

Quand l'action chimique se transforme en d'autres énergies, elle devient, dans certains cas, perceptible à nos sens, même quand elle est très faible. Ainsi la lumière d'une vive flamme d'acétylène, qui brille pendant une seconde, ne représente guère qu'un centigramme de carbone, et pourtant elle est perçue à 1 kilomètre de distance, c'est-à-dire sur un espace d'un centimètre carré faisant partie d'une sphère dont le rayon est d'un kilomètre. La minime quantité d'énergie lumineuse, alors dégagée par un dix-milliardième de milligramme de carbone, est encore perçue par notre rétine.

A vrai dire, rien ne nous permet de supposer que ces phénomènes ne sont pas d'ordre chimique ; car nous ne savons pas quelle est pour les cellules vivantes la limite de sensibilité aux actions chimiques. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que cette sensibilité est extrême. Par exemple, on ne peut guère supposer que la sensibilité olfactive soit due à une excitation autre que chimique. Une odeur est perçue quand quelques particules de substance matérielle arrivent au contact de la muqueuse olfactive, et ce contact est nécessaire. Mais quelle infinie petitesse ! Comment calculer la quantité de matière qu'un lièvre laisse derrière lui en traversant une prairie ? C'est assez, cependant, pour qu'un chien, deux heures après, puisse retrouver sa trace. BERTHELOT a constaté qu'en faisant passer un courant d'air assez rapide sur l'iodoforme, l'odeur de l'iodoforme est très nettement perçue dans l'air qui a passé, et cependant, le poids d'iode reste à peu près le même, quoique son odeur soit perçue dans chacun des millions de litres qui ont été à son contact. BERTHELOT avait coutume de citer un autre fait du même ordre, d'interprétation plus incertaine : quand on frotte légèrement du cuivre, une certaine odeur caractéristique se dégage, et pourtant le cuivre ne perd pas de son poids.

W. ENGELMANN a fait une bien curieuse expérience. Certains infusoires contiennent dans leur cellule quelques granulations de chlorophylle. Or, si l'on fait vivre ces infusoires dans un liquide contenant des bactéries, et qu'on les éclaire d'un rayon solaire pendant une seconde seulement, aussitôt on voit toutes les bactéries se précipiter vers l'infusoire chlorophyllien. C'est que la minuscule quantité de chlorophylle, éclairée pendant une seconde, a décomposé une parcelle de l'acide carbonique dissous, et dégagé de l'oxygène qui attire les bactéries.

Il s'agit là d'une quantité impondérable. Mais elle a suffi pour que les bactéries se précipitent avec violence vers ce millardième de gramme d'oxygène, qui s'est dégagé.

Les quantités d'iode qui se trouvent dans le sang sont en si petite quantité qu'on ne peut les doser. Souvent même on ne peut en déceler les traces. Cependant cet iode, qui se trouve en proportions impondérables dans le sang, peut être, par le corps thyroïde, séparé, isolé, accumulé, de sorte qu'il existe une combinaison iodée bien définie dans la glande.

Et quant à l'adrénaline, sécrétée par les glandes surrénales et certainement déversée dans le sang, à quelles doses minuscules se trouve-t-elle dans le sang des veines surrénales ?

***

Toute la chimiotaxie nous révèle l'action des quantités infinitésimales. Et, dans cette chimiotaxie, l'histoire des spermatozoaires est tout spécialement intéressante. S'ils sont attirés par l'ovule, c'est assurément par une force chimiotaxique. L'expérience directe prouve qu'ils sont d'une extrême sensibilité aux actions chimiques les plus faibles.

Si on les met au contact d'une goutte d'acide malique dont la dilution est au millième, ils sont attirés aussitôt. Or, ils ne progressent que parce qu'il y a une différence d'acidité entre la quantité d'acide qui se trouve à la tête et celle qui se trouve à la queue du spermatozoïde. Cette différence, si l'on songe à la petitesse de l'organisme cellulaire, dépasse elle-même en petitesse tout ce que nous pouvons imaginer.

Pour le dire en passant, l'embryologie, qui était restée jusqu'à présent une science presque uniquement morphologique, et dans laquelle l'humorisme ne semblait guère devoir jouer aucun rôle, est entrée, elle aussi, dans sa période humorale. Et tout de suite de grands résultats ont été obtenus. Les admirables recherches de DELAGE ont établi le fait de la parthénogenèse chimique. L'influence chimique, ou osmotique, ce qui est à peu près la même chose, de certains sels métalliques, même très dilués, sur la maturation de l'œuf, est maintenant très bien démontrée.

De sorte que la chimie, c'est-à-dire l'humorisme, régit aussi bien la pénétration spermatozoïde dans l'ovule que la maturation de l'œuf et son développement embryogénique. *Les lois de la chimie, qui gouvernent la vie de l'adulte, gouvernent aussi sa naissance.*

Certes, on est étonné quand on voit une seule cellule, par sa prolifération, être l'origine de cet immense agrégat de cellules diverses qui est l'adulte ; mais l'étonnement

est plus grand encore si l'on réfléchit que ce développement est le résultat d'un conflit chimique, conflit de substances rigoureusement spécifiques, puisque la fécondation ne se fait pas entre des espèces différentes, substances dont la quantité absolue est si petite qu'elle dépasse les limites de notre entendement.

***

L'expérimentation avec les toxines nous fournit des exemples tout aussi remarquables. Permettez-moi, à ce propos, de vous parler d'un fait que j'ai découvert il y a quelques années, et que j'ai appelé l'*anaphylaxie*. Grâce à l'ardeur et au talent avec lesquels, de toutes parts, on étudie cette nouvelle loi de physiologie générale, elle a pris une grande importance en physiologie et surtout en pathologie.

L'anaphylaxie, c'est le contraire de la protection (phylaxie).

Si l'on injecte une substance albuminoïde, une toxine par exemple, dans le système circulatoire d'un animal, l'animal, au lieu d'être par cette première injection protégé contre une nouvelle injection de cette même toxine, est devenu plus sensible. Supposons que la dose mortelle soit de 1 centigramme : l'injection du dixième de cette dose, soit de 1 milligramme, ne le rendra pas malade, ou à peine. Mais, un mois plus tard, — car il faut à peu près un mois pour que l'état anaphylactique s'établisse, — il est devenu tellement sensible qu'une dose de 1 milligramme suffit pour le tuer, en développant immédiatement des accidents formidables.

Donc la première injection a provoqué un état qui est le contraire de la protection, l'anaphylaxie.

La sensibilité de certains animaux, et notamment des cobayes, à cette injection première, anaphylactisante, est tout à fait extraordinaire.

Deux physiologistes américains, Rosenau et Anderson, ont fait à cet égard une bien curieuse expérience. Ils injectent à des cobayes une substance inoffensive, le sérum de cheval, et ils constatent que le sérum de cheval anaphylactise quelquefois à la dose d'un cent millième de centimètre cube. Autrement dit, un cobaye, qui a reçu, il y a un mois, un cent millième de centimètre cube de sérum de cheval, n'est plus tout à fait le même qu'un cobaye normal. Il meurt en quelques minutes si on lui injecte une quantité de sérum de cheval tout à fait inoffensive pour un cobaye normal.

Or, dans le sérum de cheval, la substance chimique, albuminoïde, qui produit l'anaphylaxie, est probablement en assez faible proportion ; il n'y a peut-être qu'un millième de substance active, peut-être moins encore. Par conséquent, un milliardième de gramme est encore une quantité active.

Une autre physiologiste américain, M. Vaughan, a pu extraire de l'ovoalbumine une substance chimique, albumoïde, cristallisable, qui anaphylactise aussi à la dose du milliardième de gramme.

Ce n'est pas seulement par l'anaphylaxie que se constatent ces influences de minimes quantités de substance.

Avec l'hémolyse, que les beaux travaux de Hamburger, de Bordet et de beaucoup d'autres physiologistes, ont rendue si précise, on voit clairement que des proportions minuscules de certaines matières chimiques déterminées ont une activité puissante.

L'injection d'une toxine produit toujours dans l'organisme de l'animal injecté deux substances: une antitoxine (anticorps) et une toxogénine (la substance active de l'anaphylaxie) ; or, ces anticorps et ces toxogénines sont presque absolument spécifiques. Ce n'est pas là le moins curieux chapitre de leur histoire. A chaque antigène répond par l'organisme la formation d'un anticorps spécial. A la diversité des antigènes répond la diversité des anticorps sécrétés. La tyrosinase d'origine végétale et la tyrosinase d'origine animale semblent identiques, et cependant, comme l'a montré mon ami C. Gessard, l'antityrosinase végétale n'est pas la même que l'antityrosinase animale.

Rien ne peut mieux donner une idée de cette spécificité rigoureuse que l'application de l'anaphylaxie aux recherches médico-légales.

M. Uhlenhuth a fait sur ce point des expériences très nettes. Quelques gouttes de sang, d'origine inconnue (homme, chien, lapin, bœuf, cheval, mouton, tortue, poule ou cobaye), sont injectées à neuf cobayes. Un mois après, on injecte à chacun de ces cobayes du sérum, soit d'homme, soit de chien, soit de lapin, etc. Un seul meurt : c'est celui qui a, je suppose, reçu du sang de cheval. On peut alors conclure, en toute certitude, que le sang, d'origine inconnue, injecté il y a un mois, aux neuf cobayes, était du sang de cheval.

On a même pu faire une assez amusante expérience. Avec une momie égyptienne vieille de plus de trois mille ans, on a fait un extrait aqueux de quelques tissus, pour l'injecter à des cobayes, et un mois après on a constaté que ces cobayes étaient anaphylactisés pour des albumines humaines, ce qui nous permet d'en déduire cette conclusion — fort vraisemblable d'ailleurs — qu'il y a trois mille ans la constitution chimique des êtres humains ressemblait fort à la constitution chimique des hommes d'aujourd'hui.

***

Essayons de dégager ce qui est la conséquence de ces faits.

Tout d'abord, c'est que les méthodes d'études vont différer des méthodes anciennes.

Jusqu'à présent, pour étudier une substance, on la déterminait chimiquement : on essayait de l'isoler, de la préparer dans un état de pureté relative. Mais maintenant une nouvelle chimie biologique est née, c'est celle des impondérables. *Chimie des impondérables* ! Voilà deux mots qui semblent terriblement contradictoires ! Car la chimie procède surtout par la balance, et nous voici contraints à étudier des corps que la balance ne peut pas connaître.

La chimie des impondérables devient alors forcément la chimie des fonctions (en donnant, bien entendu, à ce mot de « fonctions » un tout autre sens qu'à la chimie des fonctions en chimie organique). C'est la chimie des fonctions biologiques des humeurs.

Assurément, il y a quelque péril à étudier des corps qu'on ne peut isoler, à leur donner des noms, à décrire leurs propriétés, sans les avoir vus, sans les avoir le moins du monde isolés, en sachant au contraire qu'ils sont mélangés à un grand nombre de corps similaires.

Péril réel, auquel il faut songer d'autant plus que nous avons vu Hippocrate, Galien et les anciens maîtres décrire des humeurs qui n'existaient que dans leur imagination.

Pourtant, nous ne sommes plus ici dans des hypothèses, mais dans des expériences positives. Voici 1 centimètre cube de sérum qui contient, outre les substances normales du sérum, déjà invraisemblablement complexes, une substance anticoagulante, une substance anaphylactisante ou toxogénine, une substance antihémolytique, une lipase, une glycase, une antitoxine diphtérique, une antitoxine tétanique. Même, si le malheureux animal, dont on

✦

veut préparer le sérum, est capable de résister à d'autres injections d'antigènes, son sérum pourrait contenir bien d'autres anticorps en plus (*sérum polyvalent*).

Ce serait une œuvre impossible que de vouloir isoler ces différentes substances, dont les propriétés sont très voisines, quoique certainement non identiques. Il faudra donc se résigner à étudier par les méthodes biologiques et non plus par les méthodes chimiques ordinaires cette goutte de sang qui est tout un monde, et qui possède des propriétés bien caractérisées, qu'une sagace et savante expérimentation peut nous révéler.

***

Nous ne sommes encore qu'au début de cette chimie des impondérables fondée sur l'analyse des fonctions biologiques, et pourtant nous pouvons déjà prévoir quelques-unes de ses conséquences. Elle nous conduit immédiatement dans un domaine qui jusqu'à aujourd'hui était resté à peu près inexploré, à savoir *la physiologie des individus.*

Jusqu'à aujourd'hui on avait fait presque uniquement la physiologie de l'espèce. On essayait de savoir les conditions d'existence des lapins, chiens, cobayes, chats, et on supposait — ce qui est à peu près vrai — que les divers individus d'une même espèce étaient identiques. Ce qui est vrai pour un lapin, disait-on, sera vrai aussi pour un autre lapin, de même taille, de même sexe, de même alimentation, de même pelage.

Cette identité n'existe pas. Il n'y a pas dans la vaste forêt deux feuilles qui soient identiques. Deux animaux ne sont jamais identiques. Il existe entre eux certainement des différences, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel. Aussi sera-t-il très intéressant aux physiologistes de chercher plus qu'ils ne l'ont fait encore à préciser ces caractères différentiels, à faire en un mot la physiologie de l'individu après avoir fait la physiologie de l'espèce. Déterminer dans quelles limites sont variables les individus d'une même espèce : ce sera assurément une étude des plus fructueuses, aussi bien pour la physiologie que pour la médecine.

Par leurs caractères psychologiques, les individus d'une même espèce diffèrent. C'est un fait que nous savons depuis longtemps, et qui, par conséquent, ne nous étonne plus. Les différences sont d'autant plus accentuées que le développement mental est plus intense. Dans l'espèce humaine, les différenciations psychologiques, qui donnent à chaque individu un caractère spécial, sont extrêmement fortes. Nous avons chacun une personnalité absolument séparée de toutes les autres personnalités humaines. La mémoire, qui a fixé chez chacun de nous le souvenir d'événements dissemblables, accentue encore cette diversité intellectuelle que nous apportons en naissant. Nous n'en sommes nullement surpris, car, dès le début de la pensée, nous avons compris que notre *moi* était différent des autres *moi*, par le caractère, la volonté, les goûts, les sentiments, les souvenirs.

Nous avons donc tous, les uns et les autres, notre individualité psychologique. Mais — ce qu'on n'a pas suffisamment considéré — nous avons aussi notre individualité humorale. *Chacun de nous est différent des autres hommes, non pas seulement par sa mentalité, mais encore par sa constitution chimique.*

Comme nos humeurs contiennent un nombre énorme de substances diverses et voisines, impondérables, et certainement en proportions différentes chez les différents individus, et certainement aussi présentes chez les uns, et absentes chez les autres, il s'ensuit que la diversité humorale n'est pas moindre que la diversité psychologique. Plus on analyse les fonctions chimiques du sang chez les divers individus, hommes ou animaux, plus on y trouve de différences individuelles. Si, jusqu'à présent, on a identifié des liquides homologues appartenant à des animaux de même espèce, c'est parce qu'on n'avait pu en faire qu'une analyse insuffisante.

Nos procédés chimiques sont trop imparfaits et grossiers pour nous révéler ces différences. Mais nous pouvons cependant affirmer qu'elles existent. Le sang et les humeurs d'un individu vacciné il y a dix ans diffèrent du sang et des humeurs d'un individu non vacciné. Mais sera-t-il jamais possible de déterminer et d'isoler cette substance que la vaccination a fait naître en notre organisme ? Chaque maladie, chaque intoxication, peut-être même chaque irrigation nerveuse, ont provoqué dans le sang la formation, la destruction peut-être, d'une certaine substance, et ont laissé leur trace matérielle, chimique, une trace que les années ne feront pas disparaître.

De même qu'il y a chez chaque individu le souvenir psychologique des faits particuliers, spécifiques, qui se sont présentés jadis à la conscience, de même il y a chez lui le souvenir humoral de toutes les injections et de toutes les infections antécédentes.

Ces injections étant diverses chez chaque individu, en intensité, en qualité et en durée, il s'ensuit que chaque individu est différent des autres par les propriétés chimiques de son sang.

Vainement on objecterait que ces différences sont dues non aux substances dissoutes dans le sang, mais aux leucocytes, et que c'est par les modalités de la phagocytose que se différencient les individus. En dernière analyse, la phagocytose peut se ramener à un phénomène chimique. Les leucocytes n'ont d'activité que par les ferments qu'ils sécrètent : c'est par leur chimisme qu'ils opèrent, de sorte que la diversité des phagocytes ne peut guère être qu'une diversité de composition chimique.

On aurait pu espérer trouver par l'étude de l'anaphylaxie un moyen de reconnaître la diversité humorale des individus. Je l'ai essayé, mais ç'a été sans succès.

Voici comment j'ai procédé :

J'ai cherché à voir d'abord combien on pouvait transfuser à un animal du sang d'un animal de même espèce, et j'ai vu qu'on pouvait injecter à un chien 10 pour 100 de son poids de sang complet de chien. Un mois après, à ce chien transfusé, j'ai injecté encore 10 pour 100 du même chien transfuseur. S'il y avait eu *anaphylaxie individuelle*, il y aurait eu à la seconde injection des accidents que la première injection n'aurait pas donnés, comme on les eût observés, par exemple, si, au lieu d'injecter deux fois du sang de chien, on avait injecté deux fois du sang de cheval. Mais le résultat de ces expériences d'anaphylaxie homogène a été, dans son ensemble, négatif.

Cela n'infirme en rien le fait d'une individualité humorale très caractérisée, car l'anaphylaxie, malgré toute sa précision, est encore, somme toute, un procédé assez grossier.

***

Nous pouvons pressentir les modalités suivant lesquelles s'effectuent ces réactions d'impondérables. Des faits remarquables très fermement établis, relatifs à la fonction de quelques glandes, et notamment du pancréas, nous permettent de le prévoir.

La trypsine pancréatique n'a aucune puissance digestive. Et en effet peut-on comprendre qu'il existe dans une cellule quelque substance digérant la cellule même ?

Aussi le sucre pancréatique, recueilli isolément, avec des

précautions minutieuses, sans mélange avec d'autres liquides, est-il dépourvu de toute activité digestive. Donc les cellules pancréatiques ne contiennent pas de ferment. Mais elles contiennent un *proferment*, une *protrypsine*, laquelle, sous l'influence d'actions chimiques diverses et notamment de l'*entérokinase* intestinale, va devenir tout à fait active. La substance chimique active A est d nc précédée par une substance chimique inactive A', qui est sa génératrice ; et A' se transformera en A quand on la mettra en présence d'une autre substance B', également inactive lorsqu'elle n'est pas en présence de A'. On aura alors la réaction suivante qui est très simple : $A' + B' = A$.

Il est probable que les quantités de B' nécessaires pour déterminer la réaction sont très faibles ; même il est possible que, dans cette réaction, B' ne disparaisse pas et probablement il n'y a pas là de loi générale, et toutes les variétés de réaction existent. Peu importe. Il n'en reste pas moins ceci :

L'activité d'un liquide résulte du conflit de deux substances qui, isolées, sont inactives.

Telle est la seconde loi de l'humorisme sur ojuelle j'appelle votre attention, car elle est de générallə très grande.

Remarquez d'abord qu'elle s'applique aussi au phénomène de la fécondation. Les deux cellules, c'est-à-dire, en dernière analyse, les deux liquides protoplasmiques, du mâle et femelle, n'ont aucune activité s'ils sont isolés. Réunis, ils sont actifs et reproduisent l'être. Les phénomènes hémolytiques sont dus à l'action de deux substances dont on a pu séparément étudier les propriétés. Les phénomènes de l'anaphylaxie sont dus de même à l'action combinée de deux substances qui, isolées, sont impuissantes, à savoir : l'*antigène* qui est en soi (à dose faible) inefficace, et la toxogénine qui apparaît dans le sang de l'animal anaphylactisé, toxogénine dont l'injection d'antigène a provoqué la lente formation, toxogénine qui est en soi absolument inefficace et non toxique, puisque aussi bien les animaux anaphylactisés vivent longtemps en parfaite santé, toxogénine qui devient un terrible poison, mortel en quelques secondes, lorsqu'elle rencontre l'antigène inoffensif, en soi, lui aussi.

Nous trouvons un exemple saisissant de l'action combinée de deux substances inactives dans une expérience bien connue de tous les physiologistes, depuis CLAUDE BERNARD. L'amygdaline, des amandes amères, est un corps assez innocent ; de même l'émulsine, qui n'est guère plus toxique. Or, si l'on injecte une petite quantité d'émulsine à un animal qui a reçu de l'amygdaline, des accidents immédiats, foudroyants, vont apparaître, car le corps résultant du conflit chimique entre l'amygdaline et l'émulsine, tous deux inoffensifs, sera un poison redoutable : l'acide cyanhydrique.

Toutes les fois qu'on a expérimenté avec soin sur les ferments, et les toxo-albumines, si voisines des ferments ç'a été pour constater que, dans les organismes, c'est à l'état de proferments et de protoxines qu'existent ferments et toxines. La cellule ne peut sécréter qu'une substance inoffensive pour la cellule : il serait absurde de supposer qu'elle va produire ce qui est capable de la tuer ou de la dissoudre.

Donc elle ne sécrète qu'une substance innocente, douée de propriétés fermentatives ou toxiques à peu près nulles. Mais cette substance innocente, qui n'est ni hémolytique, ni glycolytique, ni lipolytique, pourra le devenir, quand elle va rencontrer sur son chemin une autre substance également innocente. Et le résultat de la réaction sera, suivant la nature des deux corps entrant en jeu, la production d'une substance hémolytique, glycolytique, lipolytique ou névrolytique.

Si le plus souvent nous agissons sur des ferments actifs et des toxines actives, c'est que nous n'avons pas su préparer les protoxines et les ferments. En effet, ces corps préparatoires sont probablement d'une extrême instabilité, de manière à pouvoir se transformer en toxines véritables et ferments véritables sous des influences chimiques très faibles, plus faibles que nos réactifs de laboratoire, réactifs violents et brutaux dont l'action n'est pas ménagée.

Aussi, presque toujours, pour arriver à connaître ces proferments, sommes-nous forcés d'étudier les liquides organiques intacts, sans leur avoir fait subir de manipulations. La préparation et l'isolement de ces corps les fait disparaître, et, à mesure qu'on les purifie, on les voit s'évanouir, comme l'or disparaissait jadis du creuset des alchimistes.

Nous parlions tout à l'heure de la chimie des *impondérables*, nous voici arrivés à la chimie des *instables*. Et certes les difficultés sont immenses ; mais c'est l'intérêt de la science que chaque pas fait en avant nous mène dans une région dont l'exploration est plus laborieuse et plus incertaine.

Cette instabilité des substances chimiques humorales ou cellulaires, donnons-lui son nom réel, son vrai nom physiologique : c'est l'*irritabilité*. Etre instable, c'est être apte à se modifier par l'influence des actions extérieures, les plus faibles ; c'est être irritable aux actions extérieures mécaniques, physiques. Toute l'irritabilité, c'est-à-dire presque toute la physiologie, a pour base l'instabilité chimique des corps qui constituent l'être vivant.

Dans les nerfs comme dans les humeurs, c'est la chimie qui gouverne tout. *L'être vivant est un mécanisme chimique, et peut-être n'est-il rien de plus.*

En tout cas, la complication en est effrayante, et nous serions à bon droit épouvantés, si nous n'avions pas devant nous l'exemple de nos glorieux prédécesseurs. Avec des ressources bien inférieures aux nôtres, avec des instruments imparfaits, obsédés par des théories ridicules, ils ont fini par dégager quelques vérités plongées dans un océan de ténèbres.

Il est vrai qu'ils n'ont pas toujours été modestes, et qu'ils ont cru bien souvent tenir la vérité, alors qu'ils ne tenaient que l'illusion et l'erreur.

***

Là encore, que leur exemple nous serve de leçon. Soyons hardis dans les hypothèses. On ne l'est jamais assez. Mais soyons aussi très prudents quand nous affirmons. Car ce qui constitue le vrai savant, c'est qu'il unit à l'extrême audace dans l'hypothèse l'extrême rigueur dans la conclusion. Surtout, que notre patience ne se lasse pas. La Nature est rebelle et ne laisse pas le premier venu, dès la première heure, lui arracher ses secrets. On ne parvient à les connaître, ces terribles secrets, que par fragments et au prix de longs et laborieux efforts.

Je n'ai pas besoin de vous le rappeler, Messieurs, à vous qui avez voué une vie de désintéressement à l'étude des grands problèmes de la vie. Ce n'est donc pas à vous que je parle. Mais je parlerai tout de même, car je voudrais que ma faible voix fût entendue plus haut et plus loin.

La science, aujourd'hui, ne peut progresser sans de grands sacrifices pécuniaires. La science coûte cher. Instruments et laboratoire, personnel et matériel, la dépense augmente chaque jour à mesure que les difficultés de la recherche vont en augmentant. Il faut donc que les pou-

voirs publics, et que l'opinion publique, supérieure aux gouvernements, comprennent enfin qu'il faut fournir à la physiologie des armes nécessaires.

Et pourtant, hélas ! on ne nous accorde que de misérables subsides, et ce sont d'autres armes qu'on amasse de toutes parts. Jamais la folie militaire n'a sévi aussi durement qu'aujourd'hui. Tout ce qu'il y a d'énergie dans les peuples, énergie en hommes et énergie en argent, est consacré à nourrir des haines absurdes et des rivalités fratricides. *La guerre, la guerre qui ruine et désole les hommes, la guerre prend tout, et la science, la science bienfaisante et féconde, la science n'a que des restes.*

Incroyable et lamentable erreur qui. de tout temps, a pesé sur les destinées humaines, aujourd'hui plus lourdement que jamais. En voulez-vous un exemple éclatant? Le voici.

Une admirable découverte vient d'être faite. L'homme a pu arriver à construire des machines volantes, à se soutenir et à se diriger dans l'air, à traverser les espaces aussi rapidement et aussi facilement que l'oiseau. Nous avons quelque droit ici, Messieurs, à être fiers d'une telle conquête, puisque ce sont les physiologistes qui ont ouvert la voie aux frères WRIGHT. Je puis en parler devant vous, Monsieur le président, qui avez fait de si belles études sur le vol des oiseaux. Et pourquoi n'évoquerais-je pas le souvenir d'un grand physiologiste, mon maître MAREY, qui, avec sa profonde sagacité, avait deviné le triomphe de l'aviation ? Et pourquoi ne dirais-je pas aussi, non sans quelque orgueil, je l'avoue, qu'avec mon ingénieux ami TATIN, nous avons, en 1890, construit et lancé le premier aéroplane ? Donc, l'aviation a eu pour point de départ la physiologie : elle est sortie des laboratoires de physiologie. et il était bon de le rappeler ici, dans cette réunion de physiologistes.

Eh bien, les pauvres hommes sont à ce point abêtis par leur fureur belliqueuse, que la conquête de l'air par la science et l'industrie humaines leur a suggéré aussitôt cette idée triomphale que l'aéroplane était un merveilleux engin de guerre. Ils se sont donné la tâche généreuse de transformer un instrument de pacification en une machine meurtrière ; et alors, surexcitées par d'ineptes journaux, les opinions publiques ont redoublé de violence guerrière.

Devant cette immense folie humaine, nous avons, mes chers collègues, un grand devoir : c'est de chercher à dissiper l'ignorance. C'est parce qu'ils sont encore des ignorants que les hommes civilisés d'aujourd'hui sont aussi belliqueux que des sauvages. Combattons l'ignorance et préparons le règne de la science. La science unit les peuples. Elle ne connaît point les frontières. La science rend l'existence plus douce, moins cruelle. Et elle a droit au respect de tous, car elle prépare aux hommes à venir un monde moins barbare.

Honneur donc à la science et à notre science ! Honneur à la physiologie, qui combat les misères, les erreurs et les douleurs des hommes !

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le « 606 » devant l'opinion française.

« En attendant le coup de massue qui, si nous sommes bien informés, ne saurait tarder, le morticole juif allemand Ehrlich et ses complices continuent à essayer de faire des dupes dans l'Europe et en particulier en France..... »

(Léon DAUDET, *L'Action française*, 1910, n° 271.)

« La découverte du Dr Ehrlich est grosse de dangers On ne compte plus ses victimes. Sans doute la réclame est parfaite, au moins comme quantité.... » (*Le Radical.*)

Et tant d'autres de la Presse politique.

Les journaux médicaux eux-mêmes, qu'on croirait devoir être impartiaux, prennent parti : « On a injecté du « 606 » à tort et à travers, sans tenir compte de sa toxicité ; c'est un produit dangereux, très dangereux. Non seulement, il stérilise le tréponème, mais sur un organisme débile, il stérilise le malade.... »

(Article non signé, *Journal des Praticiens*, 8 octobre 1910, page 654.)

Les plus hautes autorités de la médecine française font également au « 606 » une guerre acharnée, soit en le déconsidérant par l'ironie, soit en le tuant par la calomnie ! On accueille les bruits vagues, on les double, on les authentifie en les imprimant et on les laisse tomber de la tribune de la plus haute et de la plus noble société savante médicale française......

Il se passe cette chose profondément triste qu'une question scientifique est jugée en France avec partialité et dans un esprit de dénigrement systématique. On vous montre au doigt si, jugeant sans passion et *convaincu par les faits observés*, vous prenez la défense d'une œuvre qui vous paraît belle, et l'on vous accuse d'en tirer de colossaux profits. Il faut être pour ou contre le « 606 ». Et il est bien porté d'être contre.

J'assure à tous ceux que le chauvinisme ou peut-être d'autres sentiments égarent qu'ils déconsidèrent la science française aux yeux de l'étranger et qu'ils feront œuvre véritablement patriotique en se taisant, jusqu'à ce qu'ils aient vu ;

La vérité est une force contre laquelle rien ne peut. On l'a souvent vu dans l'histoire.... Et bientôt resplendira l'œuvre du grand professeur, fût-il juif et allemand, qui, patiemment, au cours des années, chassant peu à peu du corps idéal les molécules toxiques pour les molécules bactéricides, créa par étapes l'arsacétin, le phénolglycin et enfin le dioxyamidoarsenobenzol, l'extraordinaire produit qui révolutionne aujourd'hui le monde.

J'ai vu naguère un Égyptien accouru des dernières cataractes du Nil, à travers la Méditerranée, demander à la médecine française remède à la syphilis qui le tenait dans un profond désespoir. « Je suis venu à Paris, dit-il, et non à Berlin ou à Francfort, parce que je me défie des Allemands dont j'ai constaté souvent la fourberie. « Je ferai aveuglément ce qu'on me dira *parce qu'il ne m'est jamais venu à l'idée de douter de la loyauté d'un Français* ! »

Cette parole m'est restée profondément dans le cœur et je la donne à méditer à ceux qui ont souci du patrimoine d'honneur qui fait la gloire de notre pays.

G. MILIAN.



BULLETIN BIOGRAPHIQUE

Le Professeur RAYMOND
1844-1910

La mort du Professeur Raymond a péniblement ému tous ceux qui à un titre quelconque eurent la faveur de l'approcher; c'est une noble carrière qui se termine et une douce figure qui disparaît.

Le Professeur Raymond était arrivé à une situation enviée grâce à une activité inlassable et à un labeur incessant. Il meurt épuisé par ce labeur.

De plus qualifiés diront quelles furent les étapes brillantes de cette carrière, jusqu'au jour où il recueillit l'héritage de Charcot. D'autres diront avec quelle dignité il supporta ce pesant fardeau, quels efforts il fit pour maintenir intacte la vieille renommée de la Salpêtrière.

Notre rôle plus modeste veut évoquer des souvenirs d'hier, rappeler sa personnalité dans ce milieu où nous l'avons connu, où nous avons appris à le respecter et à l'aimer.

La Salpêtrière n'a rien de commun avec les autres hôpitaux. Elle a sa caractéristique, son individualité propre. Dans la petite ville qu'elle constitue, le service du Professeur Raymond a aussi son individualité. Autour des salles de malades se trouvent groupés tous les services nécessaires à une grande clinique : laboratoires d'anatomie pathologique, de psychologie, d'électricité, de radiographie, consultations d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, etc., etc., constituent autant de richesses de la clinique confiées aux hommes les plus qualifiés. Dans quelques jours un service de radiothérapie va s'ouvrir.

Si nous faisons ici cette énumération c'est afin que l'on n'oublie pas trop que le Professeur Raymond a donné la vie à tout cela.

C'est sous son inspiration que tous ces services furent créés, c'est avec son généreux appui que certains vécurent.

Tous les matins, par tous les temps, le Maître se rendait à l'hôpital.

Toujours souriant, accueillant à tous, il examinait les nombreux malades venus directement ou envoyés par leurs médecins. Devant un public nombreux, il débrouillait les cas pathologiques les plus complexes, se laissant guider par son bon sens de clinicien averti, dédaignant les hypothèses hasardeuses.

Sa visite dans les salles était l'événement attendu avec impatience par les malades. Il en connaissait plusieurs par leurs noms, il y avait si longtemps qu'il les voyait ; à ces infortunées depuis de longues années immobilisées par des maux incurables, il jetait en passant la parole qui fait espérer.

D'ailleurs peut-être espérait-il lui-même ; tous ceux qui ont vu le Professeur Raymond dans sa clientèle comme à l'hôpital ont eu la sensation que, dans les cas les plus désespérés, il espérait encore. Il ne croyait pas à l'infaillibilité de la science : infiniment bon, il croyait à l'infinie bonté de la destinée, et quand ses soins devenaient inutiles, il croyait encore.

Il était avant tout professeur dans l'âme ; jusqu'à son dernier souffle il demeura le Professeur.

Ce n'est pas sans une émotion profonde que nous évoquons le souvenir de ces leçons du vendredi auxquelles il consacrait tant de soins.

Ah ! cette demi-heure qui précédait la leçon ! quelle agitation ! quelles inquiétudes ! Le maître ne s'appartenait plus ; lui, d'ordinaire si doux, devenait nerveux, irascible même. Bien souvent chefs de clinique et internes furent légèrement malmenés. Comment lui en vouloir, il s'excusait si gentiment après l'orage. Il ne répondait plus aux questions de ceux qui l'entouraient, l'esprit ailleurs. Il interrompait sa méditation anxieuse pour vérifier un signe chez le malade objet de la leçon ; dix fois en cinq minutes il consultait sa montre.

Il était aussi ému après seize ans d'un enseignement magistral ininterrompu qu'un jeune agrégé à sa première conférence.

Enfin l'heure sonnait, suivi de ses élèves, le maître se rendait à la salle des cours et prenait place à la table, sur l'estrade.

D'une voix d'abord hésitante, feuilletant nerveusement ses notes, il commençait sa leçon.

Il exposait rapidement le sujet qu'il allait traiter, insistant sur l'intérêt qu'il comportait ; puis, entrant rapidement dans la question, il apportait la documentation la plus abondante et la plus scrupuleusement choisie.

Sa voix s'affermissait, les périodes succédaient aux périodes, les faits importants étaient soulignés d'un geste énergique ; certaines phrases volontairement répétées revenaient pour fixer l'attention de l'auditeur sur ce qu'il devait retenir.

Le malade amené était examiné avec soin devant les élèves et le professeur Raymond apportait à cet examen une réserve et une délicatesse particulières. Nous avons dit déjà qu'il était bon ; il n'oublia jamais que derrière les *cas* il y avait des hommes.

Le malade bien étudié, les difficultés de diagnostic exposées, le maître concluait ; sa parole devenait alors chaude et colorée, son ton s'élevait, il faisait passer dans l'esprit de ses auditeurs ses convictions et sa foi ; lorsqu'il s'arrêtait épuisé par ce long effort, les applaudissements des nombreux assistants venaient le récompenser.

Ensuite, c'était une scène touchante, toujours renouvelée ; les amis, les anciens et les jeunes élèves du maître envahissaient l'estrade, tous l'entouraient, le félicitaient, lui témoignaient leur vénération et leur affection.

Comment oublier alors ce bon sourire, ce regard radieux, cette expression de contentement de l'homme qui sait qu'il vient d'accomplir la bonne besogne ! Le professeur Raymond semblait parfaitement heureux. Sa main franchement tendue serrait toutes les mains qui s'offraient ; pour chacun il avait une parole amicale.

Ici comme partout, comme toujours, il montrait cette exquise bonhomie qui n'appartint qu'à lui.

Cet excellent homme, à qui la vie avait souri, aurait voulu qu'elle sourît à tout le monde.

Tous ses efforts tendaient vers les solutions pacifiques et amicales ; il ne savait pas refuser. Certains lui ont reproché sa bonté comme une faiblesse ; elle lui a conquis la tendresse de tous ; son grand cœur ne désirait rien de plus.

Pourquoi faut-il que ses dernières journées aient été gâtées par de pénibles heures.

Le professeur Raymond avait accepté de siéger au concours de l'agrégation ; c'était alors un poste dangereux, il ne pouvait le refuser.

Stoïquement, surmontant les défaillances de son cœur déjà malade, au prix d'une énergie surhumaine, il est demeuré à ce poste où sa santé chancelante a subi les derniers assauts. Pauvre cher maître ! pendant ces jours d'orage vous avez supporté toutes les amertumes !

L'heure des vacances est enfin venue. Nous avons vu partir le professeur Raymond, las, vieilli, fatigué. Nous espérions le voir revenir bientôt, reposé, ragaillardi, plein d'enthousiasme ; nous ne devions plus le revoir.

Là-bas dans sa propriété de La Planche, qu'il aimait tant, entouré de l'affection des siens, sa santé, qui d'abord avait donné des inquiétudes, paraissait s'être rétablie. Il rêvait de venir reprendre sa place à cette chaire que depuis seize ans il n'avait pas quittée.

Ses amis, ses élèves, le suppliaient de prendre un repos prolongé. Ce laborieux d'abord ne voulut pas.

Il y a quelques jours néanmoins il se décida à demander un congé, confiant sa chaire au Pr agrégé Claude, son élève et son collaborateur de tous les instants.

La destinée ne voulut pas que cet infatigable travailleur se reposât ; le Pr Raymond demanda un congé pour mourir.

Une nuit il fut pris d'oppression. Au matin, assis à sa table de travail, il éprouva quelque soulagement.

La confiance qui ne l'abandonna jamais se peignit sur son visage.

Optimiste pour lui comme pour les autres, le professeur Raymond ne dut pas soupçonner les approches de la mort.

Cependant une heure plus tard, alors que tous les siens croyaient la crise terminée, il s'inclinait doucement pour s'endormir ; il ne se réveilla pas.

Il était mort, tout simplement, sans bruit, sans récrimination, loin de toute sa gloire, modeste et simple comme il avait vécu.

A cette table témoin de tant d'années de labeur, la mort compatissante, ne voulant pas attrister cet excellent homme, est venue le surprendre pendant son sommeil.

Peut-être ce grand travailleur rêvait-il alors à de nouveaux travaux, peut-être revoyait-il les vieux bâtiments de la Salpêtrière à la gloire de laquelle il a consacré sa vie ; peut être évoquait-il les visages familiers de ses élèves que paternellement il appelait *mes petits*.

Il repose maintenant selon son désir dans le petit cimetière d'Andillé où nous l'avons accompagné l'autre jour.

Sa modestie devait haïr les grandes nécropoles et les pompeuses funérailles.

Dans la lumière mélancolique d'un après-midi d'automne à travers les champs attristés, son cortège funèbre s'en est allé ; tous les amis, tous les élèves de ce maître, l'accompagnaient silencieux et recueillis.

Des villages voisins accouraient les groupes endeuillés des humbles qu'il a secourus.

Sur le parcours, de vieux paysans agenouillés, de vieilles femmes égrenant leur chapelet, récitaient de muettes prières pour l'homme de bien disparu.

On voyait de la tristesse sur tous les visages, des larmes dans tous les yeux, on devinait de la douleur dans tous les cœurs ; l'être d'infinie bonté qu'était le professeur Raymond n'avait pas rêvé plus belles funérailles.

Puissent tous les regrets de ses amis auprès desquels sa place va demeurer vide ; puisse l'amer chagrin de ses élèves qui perdent en lui un père bienveillant et un guide sûr, apporter une atténuation à l'immense douleur de tous les siens. L. V.

CORRESPONDANCE

Nous recevons le mot suivant à propos de la lettre de M. Leredde, parue dans notre dernier numéro du 1er octobre. Nous l'insérons pour clôture.

Un bon point à M. Leredde :

C'est avec une joie non dissimulée que je vois M. Leredde s'efforcer de démontrer que le propos que j'avais cité d'après M. de Fleury n'a pas été tenu au *Congrès des praticiens*. J'en suis d'autant plus heureux que la lettre qu'il m'a adressée à ce sujet m'avait causé une vive alerte.

« Je n'ai jamais entendu prononcer cette phrase, m'écrivait-il, et elle ne figure pas dans le compte-rendu sténographique, à la rédaction duquel je suis étranger. Il est possible cependant que la phrase que vous avez citée ait été prononcée sans que j'en ai eu connaissance. »

Aujourd'hui, je respire, il appert, en effet, des renseignements fournis par M. Leredde, que la phrase en question n'a pas été prononcée officiellement ; c'est tout au plus si elle a pu être glissée, hors séance, dans le tuyau de l'oreille de quelque congressiste, et encore si bas que M. le Secrétaire général ne l'a évidemment pas entendue ; il ne saurait y avoir le moindre doute à cet égard.

Qui aurait dit tout de même, il y a seulement six mois, que M. Leredde, après avoir décliné toute participation effective et directe au sabotage de l'agrégation, se montrerait si chatouilleux sur le principe lui-même de l'internat ? Enfin tout arrive : et cela vaut un bon point, que dis-je, deux bons points !

René CRUCHET.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la tuberculose laryngée ;

Par H. BOURGEOIS.

Le début de la tuberculose laryngée est annoncé par un enrouement progressif qui survient en général chez des phtisiques ; les cas primitifs, c'est-à-dire ceux où les poumons sont indemnes, sont tout à fait exceptionnels ; mais si la laryngite tuberculeuse aggrave le pronostic général, il faut considérer qu'elle apparaît et évolue assez souvent chez des sujets dont les poumons se défendent avec assez de succès contre le bacille, cette notion domine toute la thérapeutique de la tuberculose laryngée : aux phtisiques vrais dont la maladie générale suit une marche fatale et rapidement progressive, les moyens purement palliatifs ; à ceux qui résistent, qui ont chance de durer, les moyens radicaux.

A l'enrouement plus tard se joignent la dysphagie, quand les lésions gagnent l'orifice supérieur du larynx, épiglotte, replis ary-épiglottiques, aryténoïdes, et la dyspnée quand le progrès de l'infiltration et des végétations rétrécit la glotte.

Pendant la première période on trouve la muqueuse palatine, pharyngée, laryngée, pâle et comme atrophiée, amaigrie ; les cordes vocales sont rosées, légèrement œdémateuses, la commissure postérieure est rouge et épaissie ; en regardant soigneusement on aperçoit souvent une petite ulcération sur le pied d'une ou de deux cordes vocales.

Les ulcérations deviennent manifestes sur les cordes, elles les rongent en dents de scie, elles sont quelquefois végétantes ; elles se développent aussi sur la commissure postérieure, dans le vestibule, dans la région sous-glottique, au niveau de l'orifice supérieur ; en même temps l'infiltration bacillaire gagne en profondeur, se traduisant par un épaississement des parois et une déformation très grande des reliefs normaux ; il peut se produire des périchondrites, des arthrites, avec nécrose des cartilages, fistulisation à l'extérieur.

Nous ne dirons rien du traitement général, sinon que son importance est capitale, c'est celui de la tuberculose pulmonaire.

Le traitement local de la période initiale est purement médical.

Le repos de l'organe en constitue la partie essentielle. Il a été prescrit, il y a quelques années, de terribles cures de silence absolu dans les sanatoria ; Heryng a protesté contre ces exagérations ; il faut obtenir du malade qu'il parle très peu, jamais d'une manière soutenue, toujours

avec la voix chuchotée ; l'éducation de l'entourage est aussi nécessaire que celle du patient ; la toux fatigue le larynx autant que la parole ; on enseignera à respirer par le nez, par petites respirations, lors des picotements précurseurs de la toux, à résister autant que possible, à ne plus tousser que pour cracher. Quant aux potions calmantes, elles ne pourraient être prises indéfiniment, elles exercent une action néfaste sur l'appétit ; on ne les conseillera qu'au moment des rhumes surajoutés.

Contre la sensation de sécheresse et de picotement laryngé, prescrivez des inhalations avec :

Teinture de baume de tolu	30 gr.
Teinture de benjoin	20 gr.
Alcool	50 gr.

ou :

Essence d'eucalyptus	ââ 10 gr.
— de pin sylvestre	
Alcool à 90°	100 gr.

Une demi-cuillerée à café pour un bol d'eau bouillante.

Des pulvérisations faites avec un pulvérisateur à vapeur et une solution faiblement antiseptique nettoient le larynx s'il paraît souillé de mucosités ou si l'expectoration pulmonaire est notable.

Acide phénique neigeux	3 gr.
Glycérine	50 gr.
Eau distillée	350 gr.

Bien préférables aux pulvérisations sont les injections d'huile goménolée, eucalyptolée, gaïacolée ; on confond souvent les injections intralaryngées pratiquées avec une canule courte et les injections intratrachéales ; nous sommes d'accord avec Guisez pour dire que ces dernières sont vraiment intratrachéales seulement si l'on emploie une canule très longue que l'on introduit, sous le contrôle du miroir, à travers les lèvres de la glotte, l'instillation préalable de quelques gouttes de cocaïne ou de novococaïne est nécessaire, sauf peut-être chez des malades très entraînés. Les injections intra-laryngées lubrifient, détergent le larynx ; les injections intra-trachéales diminuent quelquefois l'abondance des sécrétions broncho-pulmonaires, elles en facilitent en tous cas l'expulsion ; indirectement elles exercent une action favorable sur le larynx qui se contamine incessamment par le passage des crachats pulmonaires.

Voici des ulcérations manifestes qui se dessinent, de petites végétations tuberculeuses qui se développent, qu'allons-nous faire ?

Si l'état pulmonaire, l'état général, et non pas tant l'état actuel que l'évolution de la maladie, le permettent, nous pourrons tout mettre en œuvre pour traiter chirurgicalement les lésions laryngées, à la condition encore que le patient, conscient de la gravité de son mal, confiant dans son médecin, accepte la perspective d'un traitement long, assidu, pénible et grâce auquel, hélas ! nous ne pouvons pas promettre aux siens de le guérir. Sinon, limitons-nous aux pulvérisations, aux injections huileuses de tout à l'heure et repoussons les semblants de traitement, les attouchements d'acide lactique et de chlorure de zinc faits au petit bonheur, jusqu'à ce que le malade se lasse.

Les cautérisations chimiques appliquées avec persévérance peuvent cicatriser certaines ulcérations superficielles ; on commencera par anesthésier le larynx comme pour une véritable opération, et avec un porte-coton on portera juste sur le point voulu la substance caustique, en faisant durer le contact pendant un temps appréciable ; comme liquide on emploie surtout l'acide lactique :

Eau	10 gr.
Acide lactique	20 gr.
Formol	50 gr.
Acide lactique	10 gr.
Glycérine	4 gr.
Eau	20 gr.

« Meyes »

Ruault a préconisé aussi le phénol sulforiciné.

La confiance dans cette méthode a bien diminué depuis les premières années d'enthousiasme, le nombre très grand des pansements n'est pas le moindre inconvénient. Le galvano-cautère est plus rapide et plus radical.

Pour des ulcérations plus anciennes, recouvertes de végétations, reposant sur une infiltration plus profonde, le simple attouchement avec des caustiques serait inefficace, Heryng a créé la méthode du curettage suivi de cautérisations. Ses premiers succès remontent à 1880, les cas favorables sont ceux d'ulcérations bien limitées, à évolution torpide ou encore les infiltrations unilatérales ; on se sert de curettes simples ou doubles, il faut enlever autant de tissu que possible ; les pansements secondaires sont faits soit avec le vert de malachite à 1 ou 2 pour cent (n'en prendre qu'une seule goutte) ou avec une solution à 5/1000 de permanganate de potasse. Un inconvénient grave est la possibilité d'hémorragies très sérieuses ; Héryng avoue en outre la généralisation de la tuberculose, une aggravation de l'état général comme suites possibles d'un curettage.

Cette méthode sanglante a cédé le pas à la galvano-caustie prônée surtout par Krieg, Grunwald, Mermod. Personnellement, nous employons l'instrument tranchant pour sectionner des végétations qui font saillie dans la lumière laryngée mais pour modifier le fond d'un ulcère, pour détruire profondément une zone infectée, c'est au fer rouge que nous avons recours.

L'anesthésie du larynx est nécessaire ; pour administrer moins de cocaïne on peut au préalable injecter sous la peau un centigramme de morphine ; le galvano-cautère doit pénétrer *profondément*. Ces ignipunctures profondes sont efficaces parce qu'elles détruisent du tissu tuberculeux et parce qu'elles provoquent une formation de tissu cicatriciel fibreux, c'est la méthode sclérogène par excellence ; les brûlures superficielles, outre qu'elles sont inutiles, provoquent une réaction inflammatoire beaucoup plus intense, les profondes sont au contraire merveilleusement supportées.

La galvanocaustie peut guérir la laryngite tuberculeuse, non pas guérir histologiquement c'est-à-dire que les malades doivent être revus pendant longtemps pour guetter l'explosion d'une récidive ; mais pratiquement ils sont débarrassés de leur terrible affection c'est-à-dire que le miroir laryngien montre un larynx cicatriciel, que les symptômes fonctionnels, sauf une altération possible de la voix, ont disparu. Bien souvent le résultat n'aura été que palliatif, on n'arrivera pas à supprimer la lésion laryngée mais on aura pu lui disputer le terrain, empêcher que les infiltrations n'arrivent à rétrécir la glotte, guérir ou prévenir la dysphagie, la tuberculose pulmonaire évoluant, la mort survient, mais le malheureux tuberculeux n'aura pas connu les souffrances qui lui étaient réservées. Enfin quand le malade n'a pas l'énergie morale ou physique nécessaire, quand les interventions endolaryngées sont suivies d'une aggravation de l'état général, quand leur résultat local est nul, on aura la sagesse de ne pas insister.

Nous allons maintenant envisager la thérapeutique symptomatique des deux grandes complications terminales : la dyspnée et la dysphagie.

Quand le larynx ne laisse plus un passage suffisant à l'air inspiré, nous n'avons qu'une ressource, la trachéotomie, l'incision doit porter sur les premiers anneaux de la trachée ; les parties molles reçoivent la quantité de novocaïne nécessaire ; l'anesthésie générale est absolument contre-indiquée, sous peine de voir le malade se cyanoser avant le début de l'opération ; on se précipite alors pour ouvrir la trachée, la plaie saigne abondamment, le résultat s'en ressent. La découverte du conduit trachéal doit être en effet menée très rapidement, mais méthodiquement et tous les vaisseaux liés ou pincés avant la section des cartilages ; la pénétration du sang dans les bronches est le facteur principal de l'infection pulmonaire post-opératoire.

La trachéotomie, par le repos qu'elle donne au larynx, lequel en outre est isolé des lésions pulmonaires, a tellement favorablement influencé certaines laryngites tuberculeuses que le mot de guérison a pu être prononcé. Nous avons observé le fait chez un adulte ayant un bon état général, des lésions pulmonaires torpides et des lésions bacillaires laryngées peu étendues en profondeur, mais végétantes et exubérantes au point de vue de nécessiter la trachéotomie. Nous pensons que les cas publiés comme guéris concernaient des lésions semblables ou peut-être aussi des infiltrations œdémateuses ; quoi qu'il en soit, la trachéotomie, non plus comme palliatif, mais comme traitement curateur de la tuberculose laryngée, a trouvé des partisans. Il y a là une impossibilité matérielle, car les malades ne consentiraient pas une exagération manifeste, car les guérisons sont exceptionnelles, et la plaie cervicale se tuberculise trop souvent.

Retenons cependant ceci : chez un tuberculeux résistant, nous ne tarderons pas à pratiquer une trachéotomie dont la nécessité devient prochaine, l'opération pourra exercer une influence favorable sur les lésions. Le phtisique moribond ne sera opéré qu'en cas de nécessité absolue ; le port de la canule est un supplice ajouté à tant d'autres, tâchez de le lui éviter le plus longtemps possible ; les pulvérisations, les instillations d'adrénaline vous rendront parfois des services.

Contre la dysphagie, Heryng conseille de faire boire le malade, la tête fortement penchée en avant et d'insuffler dans le larynx la poudre suivante :

Sous-nitrate de bismuth...............	4 gr.
Antipyrine.........................	6 gr.
Eucaïne	2 gr.

d'autres mélanges pulvérulents sont à essayer :

Poudre de chlorhydrate de morphine	2 gr.
— de sucre de lait...............	2 gr.
— de gomme arabique............	1 gr.
(Lermoyez.)	

Diiodoforme.........................	8 gr.
Chlorhydrate de cocaïne...............	0 gr. 08
— de morphine............	0 gr. 04
(Leduc.)	

Chlorhydrate de morphine.............	0 gr. 10
Lactose...........................	7 gr.
Orthoforme........................	3 gr.
(Lyon.)	

On pourra badigeonner l'épiglotte et les aryténoïdes avec de la glycérine cocaïnée à 1/20e, dix minutes avant les repas, mais à condition que le médicament ne donne pas lieu à des phénomènes d'intolérance,

Les inhalations de chlorétone (Fiocc) ne nous ont pas donné ce qu'elles promettaient.

Gaston Poyet a présenté à la Société parisienne de laryngologie (1910) des malades chez qui la dysphagie avait totalement disparu après l'application externe des rayons X. L'action serait purement palliative, les lésions n'ont pas paru influencées, mais le résultat n'en est pas moins merveilleux et fait souhaiter que l'auteur soit imité.

Dunclas Grant (*Lancet*, 1910) a essayé la cocaïnisation dss troncs nerveux.

Quand les lésions qui causent la dysphagie sont limitées à l'épiglotte, il est indiqué d'enlever celle-ci d'un coup de pince tranchante.

Après l'exposé de cette thérapeutique classique, nous désirons signaler une méthode nouvelle, la photothérapie et certaines interventions chirurgicales exceptionnelles : laryngectomie totale, laryngectomie partielle, thyrotomie et curettage du foyer, thyrotomie et destruction par l'air chaud selon Hollander ; les auteurs de ces derniers n'ont pas fait école.

Les résultats obtenus par la photothérapie dans le traitement du lupus ont conduit à essayer l'efficacité des radiations lumineuses sur la tuberculose laryngée. Stillman, puis Sorgo, Kunwald, Tisser, Collet, ont employé la lumière solaire ; la technique habituellement conseillée est la suivante : un miroir ordinaire, mobile en tous sens, réfléchit dans la bouche du malade les rayons du soleil auquel celui-ci tourne le dos ; le patient, fixant de la main gauche sa langue, introduit dans sa bouche un laryngoscope, et cherche à voir dans le miroir l'image de sa glotte ; les séances sont graduellement portées de quelques minutes à une heure. Les expérimentateurs se louent de l'action analgésiante, ils auraient vu la cicatrisation des ulcérations, les infiltrations seraient peu influencées.

Nepveu, à qui nous empruntons ces détails, a remplacé la lumière solaire par celle d'une lampe à arc concentrée par une lentille de quartz ; il aurait obtenu des succès contre les infiltrations et les ulcérations peu accentuées ; la dysphagie disparaît ; les lésions avancées, l'œdème, constituent des contre-indications (1).

Climathothérapie. — Nous déconseillons l'envoi des tuberculeux laryngés à une station thermale quelconque. Ils ne peuvent qu'y risquer de la fatigue générale, des poussées congestives locales et contagionner leurs voisins. En revanche, le séjour dans les stations climatériques a une grande importance. Heryng lui-même le proclame, qui s'est guéri à la « riviera » tant décriée. Un air sec, un ciel ensoleillé, la possibilité de vivre en plein air nuit et jour sont les conditions requises ; dans notre pays, cette cure d'air peut se faire un peu partout pendant l'été ; l'hiver, le climat méridional est bien préférable toutes les fois qu'il sera possible, mais on évitera le vent, la poussière et plutôt que le littoral même de la Méditerranée, on conseillera Grasse ou les hauteurs sur quoi s'appuient les villes maritimes ; de même dans le sud-ouest : à Biarritz, moins abrité, on préférera Arcachon, Pau, Cambo. Les stations hivernales d'altitude conviennent également aux laryngites tuberculeuses, mais c'est surtout d'après la marche des lésions pulmonaires, d'après l'état général, l'ambiance, que les décisions à ce sujet seront prises et c'est le médecin de famille, non le spécialiste, qui doit fixer son choix.

(1) *Bulletin de laryngologie*, oct. 1909.



IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES MALADIES PROFESSIONNELLES.

(*Suite et fin*) (1).

6e ET DERNIÈRE QUESTION. — **Les intoxications professionnelles**

L'intoxication saturnine en Allemagne

M. Max *Buchold* (de Berlin). — D'après la caisse de maladie des peintres à Berlin, qui englobe en moyenne 5110 adhérents, voici le nombre des décès par intoxication saturnine relevés :

En 1904, 66 décès ; en 1905, 65 décès ; en 1906, 68 décès, en 1907, 69 décès ; en 1908, 57, en 1909, 51 décès.

En outre, parmi les autres décès, souvent la cause de la mort est la sclérose rénale, l'apoplexie, l'artério-sclérose, les affections intestinales ; beaucoup de tuberculeux aussi ont été traités pour saturnisme.

La statistique, dressée régulièrement depuis plusieurs années, démontre d'une manière effrayante les lourdes charges qu'entraîne chaque cas d'intoxication saturnine pour cette caisse d'assurance. Elle fait voir que jusqu'ici on a vraiment prodigué des sommes énormes, en dépit de tout principe économique et sans que ces sacrifices aient été d'une utilité durable pour les malades, pour leurs familles ou pour la caisse d'assurance. De 1903 à 1909 on a dépensé : 197 607.95 marks pour le saturnisme ; 160 619.90 m. pour les affections des nerfs et des reins ; 39.097.30 m. pour les affections de l'estomac ; 122.221.40 m. pour le rhumatisme articulaire et musculaire.

Soit au total : 519.546.55 marks.

La somme totale dépensée dans la même période pour les affections de l'appareil respiratoire (c'est-à-dire toutes les maladies des poumons, y compris la tuberculose, le catarrhe bronchique chronique, les hémoptysies, l'asthme, la pneumonie, la congestion pulmonaire, la pleurésie, les maladies des voies respiratoires supérieures, la grippe, etc.), ne s'élève qu'à 219.192.10 marks.

L'exemple de cette comparaison de chiffres montre qu'à côté de la tuberculose, le saturnisme est un fléau social pour les peintres et les ouvriers de métiers analogues.

La profession de peintre est donc celle dans laquelle une lutte énergique contre les maladies professionnelles est le plus nécessaire ; vu le nombre des ouvriers peintres et l'étendue des ravages exercés, il faut accorder à ces affections la plus grande attention au point de vue de l'hygiène aussi bien qu'au point de vue du budget des caisses de maladies. Une seule mesure est désirable : la suppression des couleurs à base de plomb dans la peinture et les métiers similaires.

Seule une interdiction légale pourra accorder la protection nécessaire à la santé si menacée des ouvriers de cette corporation ; on ne peut opérer aucun progrès dans la lutte contre le saturnisme si l'on n'emploie pas des mesures énergiques ayant pour conséquence une transformation radicale de la technique du métier.

Le saturnisme en Angleterre.

M. *Legge* (de Londres). — En Angleterre la déclaration des cas de saturnisme professionnel est obligatoire. Depuis dix ans les cas de saturnisme ont diminué de plus de moitié, grâce à une réglementation spéciale, à une ventilation localisée, à un examen médical périodique. Or malgré ces conditions de précaution et de surveillance, on constate au contraire un accroissement du saturnisme.

La céruse en Amérique.

M. *Hamilton* (d'Amérique). — L'industrie américaine de la fabrication de la céruse et des autres composés du plomb est très importante, elle occupe des milliers d'ouvriers. Elle n'est soumise à aucune réglementation particulière. Les méthodes de fabrication diffèrent grandement, au point de vue hygiénique, de celles qui sont utilisées en Europe. Cependant c'est, en général, la méthode hollandaise qui est utilisée. Dans certaines usines on a adopté une variante de ce procédé connue sous le nom de « Carter method », dans laquelle le plomb est finement pulvérisé avant son attaque et remué, pendant celle-ci, dans des cylindres de grandes dimensions. Cette opération est, paraît-il, très nuisible à l'ouvrier.

Les méthodes de séchage de la céruse broyée à l'eau paraissent aussi différentes des nôtres et constituent, selon l'auteur, les opérations les plus malsaines de céruseries américaines.

L'auteur fait un tableau navrant de certaines usines de son pays et termine en souhaitant qu'une réglementation intervienne.

M. *Granjux* (de Paris). — **La période médico-légale des intoxications professionnelles.** — M. Granjux dit que dans les intoxications professionnelles il peut y avoir une période de début où la maladie ne se trahit que par des troubles psychiques à caractère en apparence banal (excitation, irritation, etc.), s'affirmant par des actes répréhensibles, attribués à tout excepté à une maladie. C'est ce que nous avons appelé, dans la trypanosomiase, la « période médico-légale », parce que la responsabilité des malades est en jeu et à tort dans ces cas pathologiques. C'est là un point important qu'il est nécessaire de bien préciser dès maintenant, et qui nous semble avoir deux conséquences :

1° L'obligation, pour les médecins appelés à donner leurs soins au personnel d'une industrie qui peut provoquer une intoxication professionnelle, de bien connaître les signes prémonitoires du trouble apporté au psychisme par cette intoxication, de façon à pouvoir le reconnaître, le dépister de bonne heure, et préserver, s'il y a lieu, le malade d'une responsabilité qui ne lui incombe pas.

2° La nécessité pour le Congrès de laisser à l'étude cette question des intoxications professsionnelles, en signalant l'importance des psychoses dans ces cas et de leur diagnostic précoce.

M. *Talaky* (de Bohême). — **Abolition des roues de plomb à l'émeri** — L'emploi du four électrique de Moissan a fourni au joaillier lapidaire des cristaux bleus étincelants très durs, qu'on appelle Carborundum. Ce précieux produit artificiel, dont la dureté est intermédiaire entre celle du diamant et celle du corindon, rend les plus importants services aux ouvriers ainsi qu'aux patrons en supplantant presque partout les roues de plomb, qui ont causé jusqu'à présent tant d'intoxications. Cependant les roues de plomb à l'émeri n'ont pas encore cessé d'être utilisées chez tous les lapidaires. A l'école I. R. tchèque pour la taille des pierres fines, à Turnov, on n'emploie plus depuis dix ans les roues de plomb à l'émeri, et cependant les pierres fines, les objets d'art si originaux de cette école peuvent servir de modèles pour tous les lapidaires. L'abolition absolue des roues de plomb à l'émeri est donc possible et désirable.

M. *Delpeut* (de Saint-Chéron). — **La pseudo-tuberculose des carriers.** — Dans les carrières de grès, les poussières qui contiennent 95 % de silex en petits fragments microscopiques très aérés déterminent, dans certains cas, une bronchite d'allure banale ; mais peu à peu la suppuration devient intense, et ces malades se cachectisent, présentant moins la fièvre, les allures de la tuberculose, de la phtisie pulmonaire. Deux autopsies m'ont fait voir la suppuration en nappe des poumons. Le pus contenait une quantité de microbes, mais pas celui de la tuberculose. Mes deux malades n'étaient pas suspects d'alcoolisme, et autour d'eux il n'y avait pas de source de contagion tuberculeuse. A côté de la tuberculose pulmonaire des ouvriers, il y a donc une pneumonie lente, véritable maladie professionnelle, qui mérite d'attirer les recherches des membres du Congrès.

Intoxication par la benzine.

M. *Carozzi* (d'Italie). — J'ai eu à examiner deux malades, se disant compositeurs-imprimeurs, et qui présentèrent les symptômes de l'intoxication par la benzine. L'explication est que ces ouvriers étaient employés à nettoyer les machines lynotypes. Chose curieuse, ils présentaient de l'hyperglobulie.

M. J. P. *Langlois* (de Paris). — Le benzol et autres dérivés de la benzine, sont très volatils et très toxiques. On s'en servait autrefois dans nos sous-marins et, pendant la plongée, il y avait des émanations qui pouvaient être dangereuses. Pour élucider ce point, j'ai fait des expériences sur le chien d'une part, sur

(1) Voir les derniers numéros.

les cobayes et lapins d'autre part. Chez le chien nous n'avons pas constaté d'hyperglobulie et ces animaux ont présenté des accidents graves. Les cobayes et lapins ont beaucoup mieux résisté, mais ils ont présenté une polyglobulie intense, que je considère volontiers comme une action de défense.

M. le prof. *Cerny*. — Les accidents déterminés par la benzine et ses dérivés se présentent dans toutes les professions où l'on enlève les corps gras, dans les teintureries, dans le nettoyage des gants. Ces ouvrières sont sujettes aux douleurs de tête, aux vomissements.

M. *Rambousek* (de Bohême). — Le benzol pur, à l'état de vapeur mélangée à l'air, est le plus dangereux des corps dont j'ai étudié l'action : celle-ci (secousses musculaires, convulsions, guérison rapide) est très différente de celle du toluol, du naphte, du xylol et du cumol (narcose progressive, guérison lente). Les convulsions produites par les vapeurs de benzol sont d'origine cérébrale ; les narcotiques (chloral) les suppriment. Le thiophène mélangé aux vapeurs de benzol est sans importance pratique au point de vue de la toxicité. Les vapeurs des benzols commerciaux dont le point d'ébullition est plus élevé (naphte) sont moins toxiques ou mêmes inoffensives en pratique (naphte II), parce que le cumol qu'elles contiennent, dont le point d'ébullition est plus élevé que celui du benzol, n'est, en fait, pas toxique. Les vapeurs du benzol pur, même mélangées à l'air en très petite quantité, sont toxiques. Le seuil de la toxicité pour les animaux est de 0,015 à 0,016 par mille.

M. *Curschmann*. — 1° Parmi les dérivés du goudron employés dans la fabrication de l'aniline, le benzol et ses homologues agissent comme poisons du système nerveux et provoquent en outre des symptômes accessoires dus à de grosses lésions anatomiques ; les produits intermédiaires agissent comme poisons du sang ; les composés nitreux en particulier doivent être considérés comme dissolvant les globules, les composés amidés comme donnant naissance à la méthémoglobine ;

2° Une prophylaxie appropriée peut, sinon supprimer, du moins réduire au minimum les dangers qui menacent les ouvriers ;

3° Cette prophylaxie consiste, d'une part, dans une installation appropriée des usines, d'autre part dans l'essai toxicologique des nouveaux produits avant leur fabrication industrielle, enfin dans la surveillance sanitaire constante par un médecin de fabrique.

Telle est, d'une façon très incomplète, la physionomie du IIe Congrès international des maladies professionnelles. Ajoutons que, à l'occasion de ce Congrès, le prof. Devoto a fait dans une des salles de « la maison des médecins », à Bruxelles, un exposé, avec projections, de la façon dont fonctionne la *Clinique des maladies professionnelles* fondée à Milan, il y a quelques années, grâce à des subventions publiques et privées. Cette clinique a pour but :

1° D'étudier expérimentalement tout ce qui concerne le travail (la fatigue, les maladies professionnelles) ;

2° D'instruire les médecins ;

3° De propager l'hygiène parmi les ouvriers.

Cette clinique comporte 80 lits, un amphithéâtre, et des laboratoires (chimie, bactériologie, radiographie, histologie, physique et chimie). Cette institution est bien vue et des industriels et des ouvriers.

Les maladies professionnelles font en Italie l'objet d'un enseignement spécial (à Florence, à Naples, à Padoue, à Bologne, à Gênes). Deux privat-docents sont spécialisés pour cette branche d'enseignement. Il y en aura d'autres. C.

ANALYSES

La flexion dorsale des doigts (signe de Masini **chez l'enfant**; par E.-J. Sainz. (*Gacela medica catalana*, novembre 1909).

Ce symptôme fut rencontré tout d'abord en 1906 par Masini chez les épileptiques ; il consiste dans une hyperextension exagérée des doigts de la main et du pied, si bien que dans beaucoup de cas, les doigts peuvent se mettre à angle droit sur le plan dorsal de la main. Ce signe a été depuis recherché par Gasparini qui le considère comme un des meilleurs signes de dégénérescence, pouvant se rencontrer ailleurs que dans l'épilepsie.

Sainz a eu l'idée de le rechercher systématiquement chez l'enfant ; et il a pu constater qu'il se rencontrait très fréquemment jusqu'à l'âge de quatre ans, puis qu'il diminuait progressivement jusqu'à l'âge de huit ans, âge à partir duquel il devient exceptionnel, et acquiert de ce fait toute son importance nosologique. Si l'enfant en effet présente le signe de Masini au-dessus de huit ans, il y a bien des chances pour qu'il soit atteint de dégénérescence. F. R.

Quelques recherches sur la filtrabilité du virus-vaccin ; par Jullien. (*Jal de Physiol. et Pathol. gén.*, septembre 1910.)

Il est à peu près admis aujourd'hui par tous les expérimentateurs que l'agent figuré du vaccin passe à travers tous les filtres ; il doit donc appartenir à la classe des organismes ultramicroscopiques. Nous renvoyons pour plus de détails au travail d'ensemble de Remlinger paru en 1906 dans les *Annales de l'Institut Pasteur* M. Jullien a repris toutes ces expériences, et il a pu obtenir 35 filtrats obtenus avec les différents filtres, en usage dans les laboratoires. A son grand étonnement, la plupart des liquides ainsi obtenus étaient stériles ; deux fois seulement, ils produisirent chez le lapin la réaction caractéristique de la vaccine. L'auteur conclut qu'en présence de ces résultats négatifs, il faut considérer que la question de la filtrabilité du virus vaccin n'est pas encore absolument tranchée. F. R.

BIBLIOGRAPHIE

Rôle biologique de la nucléine et ses troubles (goutte, diathèse urique, etc.) *Der Nukleinstoffwechsel* ; par les Drs Brugsch et Schittenhelm. (Chez Gustave Fischer, à Iéna, 1910.)

Dans ce volume broché, de 166 pages, les auteurs étudient le processus nutritif de la nucléine, comme ayant acquis, du fait des progrès de la biochimie, une place à part dans l'étude des phénomènes nutritifs en général. La pathogénie de la goutte doit être envisagée aujourd'hui d'une autre façon, malgré les opposants qui contestent les notions acquises en physiologie, et tiennent pour inutile l'examen fonctionnel.

Le présent livre est un résumé de la physiologie et de la pathologie du processus nutritif de la nucléine. On y trouvera le développement d'un article d'Oppenheimer sur la question. *Traité de Biochimie* (vol. IV, 1er fascic.), et la 2e partie de l'ouvrage (*Pathologie des Nukleinstoffwechsel*) représente un travail indépendant et complètement nouveau.

La vieillesse et la mort physiologique (*Das Altern und der physiologische Tod*) ; par Muhlmann, prosecteur à Balaclany. (Une brochure de 43 pages, chez Gustave Fischer, à Iéna, 1910.)

L'auteur passe en revue les diverses théories invoquées pour expliquer la mort normale en âge avancé. La plus répandue est la théorie de l'inhibition progressive du système nerveux central provenant de modifications anatomiques amenées par l'âge dans la cellule nerveuse, et plus précisément dans l'atrophie pigmentaire dégénérative de la cellule.

M. Mühlmann rappelle ensuite et développe ses travaux personnels sur le pigment lipoïde dans les cellules nerveuses et dans les différentes parties du système nerveux, ainsi que sur la croissance comparative du squelette, des muscles et des autres organes. Les organes qui croissent le plus longtemps jusque dans la vieillesse, sont : la peau, l'intestin, les poumons, le cœur et tous les vaisseaux. Moins longue, et seulement jusqu'à 40-50 ans est la croissance de la musculature. Le squelette ne croît que jusqu'à 20 ans environ. Encore plus courte, de 10 à 20 ans, est la croissance du système nerveux central. C.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE 606

Par M. le Dr MILIAN, médecin des hôpitaux de Paris (1).

Depuis un mois environ, tous les matins, dans le service, la même question m'est posée : quelle est votre opinion sur le 606 ?

Il m'a été jusqu'ici bien difficile de la donner, et pour deux raisons : la première, c'est qu'il m'était impossible d'avoir une opinion en commençant mes recherches, et la seconde, c'est que je n'aurais pas eu le temps matériel de répondre à chacun. C'est pourquoi j'ai préféré réunir aujourd'hui les différents malades que je soigne et qui ont déjà été guéris par ce procédé, de manière à répondre à tout le monde à la fois. D'ailleurs, ce n'est pas mon opinion que je veux vous exposer ; mon opinion n'a rien à voir en la circonstance ; la question du 606 n'est pas une question de croyance, ce n'est pas un article de foi, c'est une question de fait : il faut savoir si oui ou non le 606 guérit, et de quelle façon il guérit. C'est ce que je pense aujourd'hui vous exposer.

Je ne puis dans une conférence d'une heure, comme celle-ci, traiter la totalité de la question ; je ne peux pas en particulier vous parler de la technique qui, à elle seule, exigerait un long développement mais je vais borner mon investigation, à deux paragraphes :

1° *Résultats thérapeutiques obtenus.*
2° *Toxicité du produit.*

Ce sont là les deux points qui aujourd'hui intéressent le plus la majorité des médecins. Je me réserve, cet hiver, à l'*hôpital de la Charité*, en novembre, décembre et janvier de traiter d'une manière générale de la thérapeutique arsenicale.

Avant toute chose, je dois vous dire que je vous apporte aujourd'hui l'observation de 92 injections ; si j'y ajoute les 8 que j'ai faites ce matin, cela fera la centaine. Et si ces 100 cas ne peuvent pas tous servir à la démonstration thérapeutique puisque les derniers sont trop récents, du moins peuvent-ils tous servir à apprécier la toxicité.

Je vous montrerai non pas chaque malade, mais les plus caractéristiques, aussi bien dans le sens favorable que dans le sens défavorable, et ce sera à vous de conclure ensuite et postérieurement.

***

Le scepticisme a été si grand—et il est regrettable qu'on ait accueilli cette question avec scepticisme en France — qu'on peut tout d'abord se poser cette question : *le 606 est-il capable à lui tout seul de guérir un accident syphilitique* ? Une affirmation de ma part ne signifie pas grand'chose, je préfère vous répondre en vous montrant une malade. Voici une photographie qui a été faite le 3 septembre ; elle vous rend compte de l'étendue de la lésion, — pas beaucoup de sa profondeur, car la photographie ne donne pas le relief. C'était une ulcération gommeuse extrêmement profonde, qui s'était développée au mois de mars de cette année, il y a 7 mois par conséquent. Cette malade avait été traitée par l'homœopathie (?). Je lui ai fait une injection de 55 centigrammes de 606, la guérison a été extrêmement rapide, et la cicatrisation a été complète en l'espace de 12 jours. Vous pouvez donc affirmer par ce simple fait que le 606, à lui tout seul, est capable de guérir un accident syphilitique de la face.

(1) Conférence faite à l'hôpital Saint-Louis, le 30 septembre 1910.

J'insiste immédiatement sur ce fait que cette malade n'a reçu qu'*une seule injection de* 606 et à la dose modérée de 55 centigrammes. Vous savez qu'on va jusqu'à 60, 70, 80 centigrammes ; certains auteurs ont même pu donner un gramme. Il y a donc eu guérison complète avec une seule injection de 55 centigrammes ; la cicatrisation est obtenue depuis le 17 septembre et elle est encore telle à l'heure actuelle. La malade n'a pas suivi d'autre traitement et n'a pas reçu d'autres injections

Voici un autre malade qui, lui non plus, n'a jamais été traité par le mercure, car actuellement je vous montre des malades qui n'ont subi comme traitement que le 606 et jamais rien d'autre antérieurement. Ce malade avait, lorsqu'il est entré à l'hôpital, des syphilides végétantes de la face interne des lèvres ; syphilides énormes et non seulement à la face interne, mais aussi à la face externe de la lèvre supérieure ; sa moustache était remplie de croûtes qui recouvraient, bien entendu, des ulcérations ou des syphilides végétantes. Il a suffi d'injecter à ce malade 45 centigrammes de 606, ce qui est une dose minime (c'est un des premiers malades que j'aie injectés et je n'osais pas à ce moment donner des doses plus considérables) ; il m'a suffi d'injecter dis-je, 45 centigrammes de 606, le 21 août, pour qu'en l'espace de 11 jours, le malade ait été guéri ; la date de guérison est marquée au 2 septembre. Depuis, la guérison s'est maintenue. Ce malade n'a jamais eu d'autre traitement, et vous verrez que la guérison est définitive et parfaite. Chez cet homme, la réaction de Wassermann a été pratiquée, je puis le dire en passant, elle était positive au 3e degré le 20 août ; le 30 août, elle a commencé déjà à décliner et le 5 septembre, elle n'était plus positive qu'au 1er degré. Vous voyez donc que peu à peu, la réaction de Wassermann diminue chez lui et il est probable que si nous faisions un examen du sang aujourd'hui nous le trouverions négatif.

Voilà donc un premier fait acquis : *guérison d'accidents syphilitiques par une seule injection de* 606.

Je puis ajouter à propos du mode curateur, que la prolongation d'action du médicament est considérable. On peut être étonné de voir un médicament injecté une seule fois guérir pour longtemps : c'est que le médicament n'agit pas seulement pendant une semaine ou deux, il agit beaucoup plus longtemps ; en voici un exemple :

Le 25 juillet, il y avait, à Lariboisière, une femme atteinte de syphilides croûteuses généralisées à toute l'étendue du corps ; il y avait en outre au visage des syphilides papuleuses énormes. Cette femme était déjà depuis longtemps atteinte d'accidents pareils. Elle avait été soignée par le calomel et guérie, mais avec une très grande lenteur, elle avait guéri également par l'hectine, mais cela avait récidivé rapidement

Eh bien ! le 25 juillet, cette femme couverte d'accidents abondants et croûteux a reçu 45 centigrammes de 606. Immédiatement les croûtes se sont mises à tomber, tout cela s'est détergé et en très peu de temps, la malade a été pour ainsi dire blanchie. Cependant, il restait un certain nombre de papules ; les croûtes étaient tombées, les ulcères réparés, mais il restait des papules, des tubercules dans l'épaisseur de la peau, au visage en particulier. Je me rappelle avoir réexaminé cette malade le 10 septembre, c'est-à-dire un mois et 20 jours après l'injection ; elle avait encore sur le visage des papules assez nombreuses ; je la revis le 25 septembre, c'est-à-dire il y a quelques jours seulement et les papules avaient fini par disparaître en totalité.

Ceci, vous montre que le 606 n'agit pas seulement d'une manière passagère, mais d'une manière durable, puisque cette femme a reçu une injection le 25 juillet et subit

encore les effets thérapeutiques du médicament à la date du 25 septembre, c'est-à-dire deux mois après.

***

Etudions maintenant l'*action de la médication sur les différents accidents de la syphilis à ses diverses périodes.* J'entends par là que nous allons voir ce que fait le 606 sur le chancre, sur les accidents secondaires, sur les accidents tertiaires, sur les accidents parasyphilitiques.

Voyons d'abord le *chancre syphilitique.*

Le chancre est, comme vous le savez, une des lésions qui résistent le plus au traitement mercuriel ; on a même prétendu que le traitement mercuriel n'avait aucune action sur le chancre syphilitique. On a beau donner des injections, des pilules, le chancre subit son évolution fatale ; il dure, 4, 5, 6 semaines suivant les cas, il guérit quand il veut bien guérir.

Eh bien ! avec le 606, nous sommes toujours assurés du résultat, nous obtenons la cicatrisation du chancre avec une extrême rapidité et l'on peut presque poser en principe que lorsqu'un chancre syphilitique, àquelque période qu'il soit de son évolution, est traité par le 606, au bout de 10 jours au plus tard, il est cicatrisé à n'importe quelle période de l'évolution.

Voici un malade que j'ai montré précisément à une de mes précédentes leçons comme exemple de chancre géant, de chancre gigantesque. C'est là une forme de chancre rebelle, difficile à guérir. Ce malade avait, si vous vous en souvenez, deux ulcérations énormes au bord libre du prépuce, de la dimension de deux centimètres sur un centimètre environ ; il en avait 5 autres à la base de la verge ; il y en avait un autre encore très infiltré, de la dimension d'une pièce de un franc, à la base gauche de la verge. Il avait en tout 8 chancres dont 2 ultra-géants et extrêmement profonds, ulcéreux, au point qu'on avait pu porter le diagnostic de chancre mou.

Ce malade a été injecté le 22 septembre, vous voyez qu'il n'y a pas bien longtemps, il a reçu simplement 60 centigrammes de 606. Or, dès le lendemain, il y avait une modification du fond des chancres et peu à peu la réparation se fit. Aujourd'hui, vous voyez que la guérison est presque complète, d'une forme de chancre ultra-maligne, ultra-ulcéreuse, très difficile à obtenir.

Point particulier ; dans des chancres géants de ce genre, l'infection est le plus souvent très intense ; il y avait, il y a quelques jours, quelques taches de roséole sur le flanc avant l'injection. C'était l'indice d'une septicémie commençante et d'une intensité très grande puisqu'elle se produisait avant les délais accoutumés. Je dis avant les délais accoutumés parce que ce chancre datait seulement de trois semaines et que nous aurions dû attendre encore au moins 24 jours pour voir la roséole. L'injection est faite. Le lendemain de l'injection apparaissent encore de nouvelles taches de roséole, mais le surlendemain, tout cela avait disparu en même temps que la cicatrisation se faisait.

Vous allez voir une femme qui a été atteinte d'un chancre du mamelon gauche le 12 août ; elle a été injectée le 31 août avec 35 centigrammes, c'est-à-dire avec une dose très faible de 606. Huit jours après, la cicatrisation était obtenue. Je dois vous dire cependant qu'il persiste encore à l'heure actuelle des ganglions volumineux dans l'aisselle gauche ; il n'y a donc pas une guérison complète, cela est probable, mais cependant la cicatrisation du chancre a été obtenue très vite, et bien mieux, la roséole, qui aurait dû apparaître il y a 4 ou 5 jours, n'est pas apparue.

***

Deuxième variété d'accidents : les *accidents secondaires, la roséole, les syphilides papuleuses.*

Vous savez qu'en matière d'accidents secondaires, il n'y a pour ainsi dire pas de milieu. Il y a des accidents extrêmement fugaces, des roséoles qui se développent en quelques jours et disparaissent de même sans aucun traitement. Au contraire, il y a d'autres cas où les accidents secondaires sont très intenses ; il y a des syphilides papuleuses confluentes, énormes ; la confluence est telle qu'il ne reste plus une surface de peau saine. Ces accidents-là sont généralement très rebelles au mercure de même que les plaques muqueuses. Eh bien ! chaque fois que nous avons traité un malade de ce genre par le 606, nous n'avons pas obtenu d'échec. Je vais vous montrer entr'autres, un malade qui était recouvert de syphilides papuleuses et de syphilides varioliformes sur toute l'étendue du corps et même à la face. Ce malade a reçu 55 centigrammes de 606 le 31 août et il était guéri le 15 septembre ; depuis, la guérison s'est maintenue. Vous voyez bien sur le corps quelques éléments éruptifs, mais ne ce sont plus des papules comme précédemment ; ce sont des macules érythémateuses.

Le seul reproche qu'on puisse faire au 606 à ce point de vue, comme d'ailleurs à tous les médicaments arsenicaux, c'est que la cicatrice, au lieu d'être absolument blanche, reste pendant très longtemps pigmentée, mais je le répète, cela n'est pas spécial à la médication d'Ehrlich, cela s'observe dans tous les cas de médication arsenicale. Vous avez vu que la première malade que je vous ai présentée avait encore sur le nez une rougeur vive, elle n'avait pas une cicatrice blanche comme on l'obtient avec le mercure. Cela tient à ce que l'arsenic est un vaso-dilatateur, que son action se prolonge longtemps et qu'il reste encore des phénomènes de résorption au niveau des lésions.

Voici encore un malade que je vous ai montré à une des leçons du mercredi. C'était un vieillard qui avait contracté un chancre du scrotum ; il avait à la racine de la verge, sur le scrotum, un chancre extrêmement infiltré, de la dimension d'une pièce de cinq francs ; il était couvert d'une éruption très confluente et l'on pouvait dire de lui qu'on ne voyait pour ainsi dire pas un point de peau saine. Il a reçu une dose très forte de 606 : 90 centigrammes. Vous voyez en passant que cet homme est âgé de 60 ans et qu'il a reçu 90 centigrammes de 606. Je me le ferai pas revenir tout à l'heure quand je vous parlerai de la toxicité. C'est un vieillard, il a supporté cela admirablement ; le seul inconvénient qu'il en ait eu, c'est une fièvre de 39°. Nous reviendrons sur ce point. Je vous montre ce malade en ce moment pour vous faire voir qu'il avait une éruption très confluente qui a disparu d'une manière complète et pour ainsi dire définitive après une seule injection le 14 septembre. Nous ne voyons plus rien aujourd'hui, et du chancre qui était extrêmement infiltré, chancre du scrotum qui avait une épaisseur d'un centimètre ; aujourd'hui on ne sent plus qu'une petite induration lamelleuse, en carte de visite.

Je crois que vous êtes fixés, après cet exemple, sur l'efficacité du 606 en matière de roséole et d'accidents secondaires.

***

Mais le triomphe de la médication est évidemment pour les *syphilides tertiaires ulcéreuses.*

Voici un homme que vous avez peut-être vu mercredi dernier, c'est-à-dire il y a deux jours. Il avait une syphilide

ulcéro-croûteuse du front, de l'étendue d'une pièce de 5 francs, vous en voyez encore le reliquat. Il y avait à la surface de son ulcération une grosse croûte ; je lui ai fait, le 24 de ce mois, c'est-à-dire il y a 5 jours, une injection de 75 centigrammes de 606. Vous voyez déjà aujourd'hui que la croûte est tombée et que la lésion a tendance à la réparation.

Je vous présente ce malade pour vous montrer la rapidité avec laquelle agit le médicament ; en 5 jours la croûte est tombée avec tendance manifeste à la réparation.

Voici une dame que je ne vais pas faire déshabiller, mais dont je vais vous raconter l'histoire et vous verrez combien les résultats sont merveilleux dans certains cas.

C'est une femme qui est entrée à l'hôpital avec une dyspnée épouvantable, elle avait du cornage, une respiration à 38 par minute. A l'examen de la gorge on découvrait une gomme ulcérée très profonde de l'amygdale droite ; nous l'avons envoyée dans un service de laryngologie, on nous a répondu qu'il y avait sur la bande ventriculaire gauche une ulcération gommeuse. Vous savez que les laryngologistes redoutent beaucoup ces gommes du larynx, surtout lorsqu'il y a un peu de sclérose surajoutée. Il les redoutent pour deux raisons : 1º parce que le mercure agit lentement, c'est du moins leur opinion et 2º parce que l'iodure de potassium peut amener des phénomènes d'œdème de la glotte capables d'étouffer le malade ; au lieu de le laisser mourir de sa gomme, on le fait mourir par la médication.

Les laryngologistes sont donc assez embarrassés sur la conduite à tenir en pareille matière. Etant donné cet embarras, nous nous sommes dit qu'avec le 606, nous n'aurions ni les inconvénients du mercure, ni les inconvénients de l'iodure de potassium, et nous en avons injecté 70 centigrammes à cette femme de 52 kilogr. Or, trois jours après, la gomme de l'amygdale était cicatrisée et dès ce moment, il y avait une amélioration très grande des phénomènes respiratoires. Vous pouvez constater aujourd'hui qu'elle ne présente plus ni dyspnée, ni phénomènes asphyxiques. Elle a encore cependant la voix couverte, elle a encore un peu de laryngite.

Cette femme a été injectée le 9 de ce mois-ci et elle a quitté l'hôpital 4 jours après l'injection ; elle ne voulait pas rester parce qu'elle s'ennuyait ici et lorsqu'elle est partie, elle était déjà très améliorée.

Voilà donc des cas réellement intéressants au point de vue de l'*intensité d'action* du 606 et de sa *rapidité d'action*.

Voici encore un malade qui a été injecté il y a très peu de jours ; il a une syphilide ulcéro-croûteuse du flanc gauche, syphilide que j'ai montrée également mercredi. Ici, le résultat n'est pas aussi rapide. Cependant il y a déjà à peu près la moitié des croûtes qui sont tombées et ce matin, en frottant légèrement les croûtes comme ceci, j'en ai fait tomber deux ou trois, et au-dessous, l'ulcération est cicatrisée. Il est probable que, très rapidement, il va être complètement débarrassé. Toute la partie gauche est déjà détergée. Il a été injecté le 22 de ce mois-ci, c'est un des résultats les moins beaux.

***

Passons à la *syphilis héréditaire* ; nous en avons aussi traité quelques cas s'adressant à des enfants.

Un laryngologiste nous a adressé une petite fille de 14 ans qui était atteinte de lésions ulcéreuses des fosses nasales et qui était extrêmement gênée pour respirer. Je lui ai fait une injection de 27 centigrammes, pas davantage.

Cette petite fille a donc reçu 27 centigrammes le 3 septembre, elle est partie chez elle immédiatement et elle a souffert pendant quelques jours. Voici ce que le laryngologiste M. Burty m'écrit à la date du 26 :

« Je suis émerveillé du résultat obtenu chez ma petite « malade : actuellement la gomme de la région inguinale est « complètement cicatrisée ; quant au nez, la narine gauche « porte à peine une ulcération sur la cloison et le cornet a re- « pris son aspect presque normal. Dans la narine droite, la « croûte empêche de voir nettement l'aspect de la mu- « queuse, mais je tiens à vous certifier que quand je vous « ai envoyé cette enfant, les deux narines étaient en pleine « tuméfaction et le siège d'un écoulement muqueux, sa- « nieux, très abondant ; je craignais très sérieusement pour « le squelette du nez ».

Voici une autre fillette, syphilitique héréditaire des plus nettes ; vous voyez son facies : elle a le front bombé, le nez écrasé à la base et de la kératite interstitielle des deux yeux ; elle a été soignée par des injections mercurielles très longtemps ; elle nous a été envoyée par le docteur Sauphar. Elle avait au bras une volumineuse tumeur que nous prenions tout d'abord pour un sarcome. Cependant l'analyse et surtout la radiographie montrant la périostose très marquée autour du cubitus nous permirent de penser à la syphilis. Cette enfant souffrait d'ailleurs de préférence la nuit et elle ne pouvait pour ainsi dire plus se servir de son bras. Je lui ai injecté 25 centigrammes de 606 le 10 septembre ; or, le 15 septembre, elle jouait au « diabolo », ce qu'elle n'avait pas fait depuis bien longtemps. Bien entendu, vous verrez qu'elle a l'avant-bras comme un gigot et je crois que nous avons obtenu maintenant le maximum de réduction possible; ces lésions d'os néoformé sont impossibles à faire rétrocéder. Vous pouvez avoir une idée de la rapidité de la résorption de la périostose si je vous dis que le 10, le tour du bras était de 23 centimètres et que le 15 il était réduit à 19 1/2 ; aujourd'hui, 20 septembre, il est réduit à 19. Je crois que c'est à peu près tout ce que nous obtiendrons.

Vous voyez donc qu'en matière de syphilis héréditaire comme en matière de syphilis acquise, nous avons obtenu des résultats tout à fait remarquables.

***

Il reste maintenant la *para-syphilis*, soit la *paralysie générale* et le *tabès*.

Il m'est bien difficile aujourd'hui de vous donner des résultats positifs à ce sujet ; vous savez que pour modifier de pareilles lésions, il faut des mois et des mois.

Cependant, si pour la paralysie générale, nous n'avons obtenu rien de bien patent, pour le tabès, il semble, je dis « il semble » parce qu'il faut faire une part énorme aux phénomènes de suggestion, il semble qu'on puisse obtenir certaines améliorations. En premier lieu, les douleurs fulgurantes peuvent être, — je dis « peuvent être », ce n'est pas une certitude — peuvent être améliorées par l'injection de 606. Vous savez d'ailleurs qu'on peut obtenir le même résultat dans certains cas avec le traitement mercuriel. Enfin, on peut obtenir aussi des modifications des sphincters et il semblerait, d'après certaines observations de Neisser que des malades qui avaient de l'incontinence d'urine aient retrouvé le tonus de leur sphincter.

Parmi tous les malades que j'ai injectés, il y en avait 5 ou 6 qui étaient des tabétiques ; nous n'avons pas obtenu de victoires bien remarquables ; pourtant, voici un tabétique déjà d'un certain âge, dont le tabès est vieux de 20 ans, il est ataxique et il avait en plus une hémiplégie droite. Il a été injecté le 10 septembre avec 65 centigrammes de 606.

Or, ce malade prétend qu'immédiatement, il a subi une très grosse amélioration ; pour lui, les douleurs ont disparu ; il souffrait épouvantablement avant l'injection, maintenant, il a la vie supportable, mais ce qu'il y a de plus miraculeux — et j'emploie le mot miraculeux à juste titre, c'est que cet homme, qui avait une hémiplégie, qui ne pouvait pas ouvrir la main, a ouvert subitement la main il y a quelques jours, et, comme il l'a dit lui-même : « j'ai été heureux de vous la serrer pour la circonstance ».

Voilà un homme qui vous dira également que depuis des mois, des années même, il ne pouvait pas marcher sans canne et vous voyez qu'aujourd'hui il vient devant vous sans aucune canne et marche normalement.

Il me dit qu'il y a 20 ans qu'il ne s'est pas curé les oreilles avec la main droite.

« — Et qu'avez-vous encore constaté d'extraordinaire ?

« —.... Tenir ma pipe.

« — Vous ne pouviez pas tenir votre pipe et vous la tenez à présent très bien ! Et quoi encore ?

« — J'ai augmenté de 2 kilos 700 depuis l'injection.

« — Et puis ?

— Je marche tout seul, et j'ai beaucoup de choses à la clef .....»

J'ai préféré le laisser parler de manière à ce que vous soyez fixés.

Vous voyez qu'il marche seul et sans canne pour sortir d'ici. Il est certain que ce malade a été amélioré, cela n'est pas douteux, mais quelle part faut-il donner au médicament, et quelle part à la suggestion ? C'est là une question bien difficile à résoudre, car il se surajoute souvent chez les tabétiques des phénomènes hystériques et il est probable que ce sont ceux-ci qui se sont améliorés sous l'influence psychique.

Quoi qu'il en soit, on peut être autorisé à traiter les tabétiques par le 606, surtout au début, car on a bien le droit d'espérer d'une médication énergique comme celle-ci ce qu'on attend du traitement mercuriel qui a déjà donné des résultats.

Je vais maintenant vous montrer une autre catégorie de malades. Vous me direz : tout ceci est bel et bien, maintenant nous sommes convaincus, le 606 agit, mais agit-il mieux que le mercure ? Voilà une question capitale en l'espèce ?

La rapidité d'action du médicament et sa puissance, la lenteur ou plutôt la prolongation de son action sont déjà des arguments en faveur de cette possibilité. Or, nous avons vu — et les observations d'ailleurs sont nombreuses à ce point de vue — nous avons vu des malades qui n'étaient pas améliorés par le traitement mercuriel ou qui l'étaient insuffisamment guérir d'une manière très rapide par le 606.

Nous sommes donc maintenant dans la catégorie de faits: malades que le traitement mercuriel est insuffisant à améliorer ; vous allez voir que le 606, lui, les a guéris.

Voici un malade qui avait au front des syphilides ulcéreuses ; il en avait une ici, une là, sur le bord d'une ancienne cicatrice, une à la base du front et sur la joue, syphilides ulcéreuses très profondes. Il avait reçu 12 piqûres de calomel, 7 piqûres d'huile grise, 23 piqûres intra-veineuses de cyanure, 30 piqûres de benzoate, il avait pris 6 mois de pilules de protoiodure de 5 centigrammes, à 2 par jour, et constamment de l'iodure de potassium sauf depuis deux mois, étant devenu intolérant. Au moment où nous l'avons vu, il prenait encore du mercure, et malgré tout, ses lésions récidivaient.

Nous lui avons fait le 3 septembre une injection de 55 centigrammes ; or, la cicatrisation était obtenue le 13, c'est-à-dire 10 jours après. Je ne prends pas des documents recopiés, je prends les feuilles mêmes où l'histoire du malade est écrite au jour le jour.

Voilà un premier fait ; il y en a encore d'autres ; celui que je vous ai montré, qui pouvait à peine marcher, qui avait cette syphilide ulcéro-croûteuse du front, avait subi aussi des quantités de médications : syphilitique depuis 10 mois, il a reçu 85 piqûres de benzoate, 30 de cyanure, 30 d'hectine, et fait 15 frictions, sans obtenir de guérison. Il a suffi d'une injection de 606 pour que la modification soit immédiate et très rapide.

Vous allez voir maintenant un malade qui avait une syphilide papuleuse généralisée pour laquelle il avait reçu 5 injections d'huile après son chancre ; cette syphilide papuleuse généralisée n'avait pas bougé ; le médecin qui me l'envoyait me dit : je vous envoie ce malade parce que je lui ai fait 5 injections d'huile grise et que la lésion ne bouge pas. Nous lui avons fait une injection le 31 août et très rapidement il y a eu une modification des lésions ; tout cela s'est affaissé. Le 16 septembre, toutes les lésions signalées sont cicatrisées. Il a donc suffi d'une seule injection pour qu'en 15 jours il y ait une amélioration considérable et que toutes les ulcérations rétrocèdent. Le 22, il y avait une tendance à la récidive ; il y avait de petites syphilides papuleuses du front qui reparaissaient et quelques syphilides ulcéreuses revenaient également sur la face antérieure des bras. Nous lui avons fait une seconde injection, par prudence, de 60 centigrammes (il avait reçu la première fois 55 centigrammes) et vous voyez qu'aujourd'hui il est en très bonne voie d'amélioration. Je dois vous dire que c'était une forme extrêmement intense ; je ne la range pas parmi les grands succès thérapeutiques, j'y reviendrai tout à l'heure à propos des récidives. Le malade est encore sous l'action du médicament et va encore s'améliorer. Vous n'avez qu'une idée très imparfaite de ce qu'il pouvait présenter, il était horrible à voir, il avait le front littéralement couvert de croûtes ; aujourd'hui, vous voyez qu'il est devenu présentable.

Voici un sujet possédant un autre type de syphilide ; ce sont les syphilides malignes précoces. C'est un homme qui après le chancre, sans roséole préalable, avait sur tout le corps des ulcérations gommeuses et des papules assez nombreuses ; il a suffi d'une injection de 606 pour le débarrasser de son éruption. Il a reçu 50 centigrammes le 24 août. Remarquez qu'il y a déjà 36 jours, et il n'y a pas de tendance à la récidive. Son Wassermann était en défervescence le 15 septembre ; il était ultrapositif le 23 août, et il est probable que maintenant, il doit être négatif.

Je crois que maintenant, vous devez être suffisamment convaincus de l'efficacité du traitement ?

Y a-t-il un revers à la médaille? Y a-t-il des *récidives* ? Y a-t-il des *cas négatifs* ? Voilà la seconde question thérapeutique.

Je vous ai montré tout à l'heure une récidive, le malade qui avait cette syphilide papuleuse du front. Il a eu une récidive, ou plutôt, nous ne l'avons pas attendue ; nous avons vu qu'elle allait se faire et nous l'avons réinjecté. Cette récidive 3 semaines après la première injection n'a rien d'étonnant, car il est bien certain qu'il y a des variétés de syphilis plus malignes que les autres et celles-ci l'était sûrement, puisque 5 injections d'huile grise n'avaient pas fait bouger la lésion.

Nous en avons eu une autre, mais celle-ci n'est pas imputable à la médication. Il s'agissait d'une jeune femme qui avait une syphilide papuleuse généralisée extrêmement intense ; je vais vous en faire passer la photographie.

Vous ne voyez ici que des taches, mais figurez-vous bien que cela était papuleux, saillant et qu'il y avait de l'infiltration à chaque papule. Cette malade avait seulement reçu

35 centigrammes de 606, le 24 août, pour cette lésion très confluente. Le 8 septembre suivant, il y avait un affaissement des lésions, mais cela ne paraissait plus faire de progrès ; j'ai donc réinjecté 35 centigrammes à nouveau, et maintenant l'éruption a disparu.

Au total, nous ne devons pas considérer ce cas comme une récidive ; nous avions injecté une dose insuffisante et en ajoutant à la dose primitive 35 centigrammes, nous avons obtenu la guérison.

Le cas précédent seulement est à considérer comme récidive.

Y a-t-il des *cas négatifs* maintenant ? des cas où le 606 n'a rien fait ? Nous avons eu un homme qui avait une paralysie du moteur oculaire commun, paralysie de la troisième paire, paralysie totale, complète, qui a été injecté au 606 le 17 septembre et qui a reçu 90 centigrammes, c'est-à-dire une dose considérable. Cela n'a pas encore bougé ; nous ne sommes aujourd'hui il est vrai qu'au 30 septembre, il n'y a donc que 13 jours et il n'y a rien d'extraordinaire à ce que cette lésion, qui a peut-être amené une destruction du nerf oculaire commun, n'ait pas bougé. Je le compte néanmoins comme cas négatif, mais en résumé, c'est plutôt un cas d'attente.

Voici un autre cas négatif ; je vous montre tous nos cas négatifs en les discutant, mais je ne vous ai pas montré tous nos cas positifs.

C'est une femme, qui avait sur le dos du nez des lésions, tuberculeuses d'apparence, que nous avons diagnostiquées syphilides papuleuses ; en réalité, nous n'étions pas sûrs du diagnostic et il pourrait se faire qu'il s'agisse de tuberculose, de lupus, quoi qu'il y ait une certaine amélioration, mais nous n'avons pas encore obtenu de guérison.

La réaction de Wassermann a été positive. Il est donc vraisemblable qu'elle est syphilitique, mais il n'est pas certain que sa lésion soit syphilitique. Des médecins interrogés sans être prévenus ont pu porter le diagnostic de lupus. J'étudierai plus à fond cette malade, je ferai la biopsie de manière à savoir si cette absence d'efficacité du traitement tient à une erreur de diagnostic ou à une insuffisance du médicament.

***

Passons maintenant à la seconde partie de cette leçon : la *question de la toxicité*. C'est une question importante au plus haut chef. Vous êtes maintenant suffisamment convaincus que le 606 a une action puissante, une action énorme à laquelle nous ne sommes pas accoutumés en matière de thérapeutique. Mais vous devez vous demander maintenant : ce médicament est-il dangereux, est-il toxique ?

On a fait beaucoup de bruit à ce sujet, ces derniers temps, et je crois qu'on a exagéré d'une manière considérable le nombre des morts. Toujours est-il que ceux publiés dans la presse médicale ne sont pas assez convaincants pour être mis sur le compte du médicament, et ceux que je connais ne donnent pas assez de détails pour qu'on soit bien certain que la mort soit due à l'intoxication arsenicale.

Lorsqu'Ehrlich m'a honoré de sa confiance en m'envoyant son produit pour l'étudier, il m'a signalé un cas de mort. Ce cas de mort avait trait à une femme atteinte de fièvre récurrente qui était soignée par Iversen et qui, comme le dit la lettre d'Erlich, était en très mauvais état et avait des accidents extrêmement graves.

Un cas de Fraenkel me paraît nettement imputable à la médication, je ne dis pas au médicament. Lorsqu'on lit l'observation dans le texte on est convaincu qu'il doit s'agir plutôt d'une faute dans l'application de la médication que de l'action du médicament lui-même. En effet, qu'a-t-il été fait dans ce cas ? Fraenkel a pris 43 centigrammes de 606, a délayé cela dans un peu d'eau et l'a injecté dans les veines ; la malade est morte 3 heures après. Je me demande, si l'on avait pris de la poudre de lycopode, si l'on ne serait pas arrivé au même résultat.

Spitthoff a signalé, dans le *Munchener*, un cas de mort dont voici la traduction due à M. Burnier.

« Une femme de 28 ans, anémiée, très cachectique, avait une syphilis tertiaire du pharynx. Traitée il y a 3 ans par une cure d'atoxyl (remarquez ceci en passant, elle a été traitée il y a 3 ans par une cure d'atoxyl et elle n'est pas morte de l'atoxyl) elle reçoit le 26 juin une injection de 50 centigrammes. L'injection fut faite l'après-midi ; aucun symptôme particulier jusqu'à 10 heures du soir ; elle reçoit une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine ; le lendemain matin, à 5 heures, elle est trouvée morte dans son lit sans que ses voisins aient rien remarqué. L'autopsie montre de la syphilis tertiaire du larynx..... pas de signes d'intoxication arsenicale ».

En présence de ce protocole et de cette observation, je crois qu'on a le droit de se demander si réellement il s'agit d'intoxication arsenicale ; on n'en voit pas les signes à l'autopsie et il me semble pas, d'après l'histoire, que cette malade ait présenté durant sa vie les symptômes d'intoxication arsenicale.

Chez les cachectiques, on voit de ces morts subites.

Voilà les cas de mort qui ont été publiés dans *la presse médicale* ; mettons-les sur le compte du médicament, cela en fera trois, mais je les considère comme discutables et l'on peut les imputer plutôt à la méthode qu'au médicament.

Cependant, il y a des cas de mort qui ne semblent pas résulter de cette explication ; ce sont les cas de mort ayant trait aux enfants. Je connais un cas de mort survenu à Paris dans un hôpital ; ce cas de mort, je peux vous garantir qu'il est officiel, qu'il est vrai parce que j'ai écrit au médecin chef du service dans lequel il s'est produit et qu'il m'a donné les renseignements que je vais vous lire.

« Il a été injecté 5 centigrammes de 606 à un syphilitique « héréditaire de mon service âgé de 1 an. Cet enfant, qui « n'était nullement cachectique, est mort en 3 jours avec « signes d'intoxication suraiguë, hyperthermie, vomisse- « ments, diarrhée, perte de poids rapide. »

Il y a encore d'autres cas de mort, mais ceux-là moins impressionnants, si l'on peut parler ainsi ; ce sont ceux publiés par Glück et qui ont trait à la mort d'enfants dans le sein de la mère. Il paraît indubiltable que le 606 est un poison extrêmement violent pour le fœtus. Lorsque les femmes enceintes sont injectées avec le 606, on risque de voir le produit de la conception mourir.

Ceci est bien chez les enfants dans le sein de la mère, chez les fœtus, le 606 est contre-indiqué d'une manière absolue.

Malgré ces morts, doit-on rejeter le 606. Non ! parce que je suis persuadé que chez l'adulte la toxicité est minime ; je vous ai dit en commençant que je vous apportais ici l'expérience de 92 cas ; je ne puis pas aujourd'hui vous apporter l'expérience thérapeutique de ces 92 cas puisqu'il faudra au moins 3, 4, 5 ou 6 mois et davantage pour en juger ; mais je puis vous apporter le résultat au point de vue de la toxicité. Je puis vous dire si sur ces 92 cas j'ai eu des accidents.

Quand on fait une injection de 606, qu'observe-t-on à la suite comme phénomènes toxiques ? Je laisse de côté en ce moment-ci la douleur. Les seuls phénomènes toxiques que j'aie eu à observer sont la fièvre, quelques troubles circulatoires, de la courbature, et un érythème. Nous allons reprendre chacun d'eux.

La *fièvre* ! Chaque fois que vous injectez dans un organisme un corps étranger quelconque, vous pouvez être sûr qu'il se produira une réaction fébrile, surtout lorsqu'il s'agit d'un corps insoluble qui a besoin d'une réaction de l'organisme pour être absorbé. Or, chaque fois que nous avons injecté au maximum 60 centigrammes, sans dépasser cette dose, nous n'avons pour ainsi dire pas eu d'élévation de température, il y avait 37.5, 37.6, 37.8, quelquefois 38, mais c'était tout, nous n'avons jamais observé au-dessus de 38, quand nous sommes restés dans les limites normales de l'emploi du médicament.

Quand nous avons employé des doses fortes, et j'entends par là des doses de 70 à 80 centigrammes, il s'est parfois manifesté une fièvre de 39°.

Je dois d'ailleurs dire que cette fièvre n'est pas constante et que même lorsqu'on injecte 90 centigrammes, on n'a pas toujours des élévations de 39 ; le vieillard que vous avez vu tout à l'heure, cet homme de 63 ans à qui j'avais injecté 90 centigrammes, a eu 38 de température.

Second point : *troubles circulatoires.* En réalité, ces troubles sont minimes, tout au moins ceux que nous avons observés. Dans les premières heures, on observe quelquefois un ralentissement du pouls, 52 pulsations à la minute, ce qui n'est pas considérable, et dans les jours suivants, accélération qui dure 2, 3, 4 ou 5 jours à peu près. Cette accélération du pouls peut aller jusqu'à 120, 130, et 140 pulsations. C'est là un des seuls phénomènes toxiques que j'aie pu observer.

Vers le troisième jour qui suit l'injection, se produisent des phénomènes généraux de courbature, d'inappétence, de constipation surtout, qui est constante, et c'est tout.

J'ai eu un *érythème.* J'ai injecté à une malade en ville 60 centigrammes de 606. C'était une grosse femme obèse, mauvais terrain pour de pareilles injections et qui avait une syphilis cérébrale extrêmement sévère. Elle était fatiguée du mercure et ne voulait plus en entendre parler. Une injection de 606 l'a débarrassée de ses maux de tête et lui a rendu la liberté de la parole qu'elle avait perdue, mais 6 à 8 jours après, des phénomènes d'érythème généralisé au dos et à la face postérieure du bras se sont manifestés.

Voilà les seuls phénomènes toxiques que j'aie pu observer sur les 92 cas traités. Vous voyez qu'il n'y a pas de quoi s'alarmer. Bien mieux, je dirai qu'il y a des preuves du peu de toxicité du médicament. *Le rein* n'est pas influencé par le 606 : nous avons soigné un malade qui avait une néphrite syphilitique ; il était atteint d'un œdème considérable des jambes, il avait de la dyspnée et 5 ou 6 grammes d'albumine par litre. Cet homme a reçu 90 centigrammes de 606, il a eu une petite élévation de température à 38° et très rapidement les phénomènes d'albuminurie, de néphrite ont rétrocédé ; l'œdème a diminué, les urines sont restées très abondantes, il n'y a pas eu un seul instant diminution des urines et l'albumine elle-même a pris une courbe décroissante.

Voilà donc une néphrite syphilitique — car il s'agissait bien entendu d'une néphrite syphilitique — qui a eu tout bénéfice de l'injection de 606.

Je dis encore : peu de phénomènes toxiques puisque nous pouvons injecter, comme vous l'avez vu, des *vieillards*, avec des doses énormes. Vous avez vu un homme de 63 ans qui a reçu 90 centigrammes ; à plus forte raison le médicament est il bien supporté si vous n'injectez que la dose de 60 centigrammes.

Nous avions dans le service une femme *cachectique* qui avait de la diarrhée, qui était couverte d'ulcérations, qui se mourait littéralement. Elle a reçu du 606. Le lendemain elle souffrait un peu de sa piqûre, mais au bout de 2 ou 3 jours, la diarrhée intense qu'elle avait rétrocéda, et peu à peu les forces sont revenues. Elle est aujourd'hui dans un état satisfaisant. Voilà donc une femme cachectique qui a bénéficié du 606.

***

Reste maintenant la question pour ainsi dire fondamentale : la question des *troubles oculaires.*

Vous savez que l'atoxyl, l'arsacétine, ont fait des aveugles. L'hectine n'en a pas fait, c'est une de ses principales qualités : son innocuité en même temps que son extrême activité. Mais le 606 a-t-il fait des aveugles ?

Vous avez certainement lu dans les journaux que le 606 avait fait perdre la vue à un nombre considérable de gens. Vous pouvez lire avec le plus grand soin tous les journaux allemands : le *Berliner*, le *Munchener*, etc. Il n'y a pas un seul cas de cécité publié. Cependant, Spitthoff a publié deux cas d'amaurose passagère chez des tabétiques qui ont duré 10 minutes. Le malade n'a pas vu clair pendant 10 minutes, puis cela s'est terminé et il a retrouvé la vue. On a examiné le fond de l'œil, il n'y avait pas la moindre altération de la pupille.

Il s'agissait de tabétiques, et étant donnée la manière dont cette amaurose subite est apparue, qui a duré 10 minutes et qui disparaît rapidement, il est très vraisemblable qu'il s'agissait d'amaurose hystérique, de cécité hystérique.

Je sais bien qu'on a rapporté dans les journaux médicaux français deux cas de cécité dus à Isaac. J'ai voulu me rendre compte et recourir au texte allemand. J'ai vu le texte allemand et voici la traduction de M. Burnier :

« On prétend qu'il y a eu deux cas de cécité à l'hôpital de « la Charité. »

Vous voyez que lorsqu'on va au fond des choses on ne trouve rien en résumé pour ce qui est des troubles de la vue. Issac ne dit pas qu'il a vu, il ne dit pas qu'il est sûr, il dit seulement : « On prétend », c'est un bruit qui court, mais rien n'est formel sur ce point

Je pourrais même vous donner un exemple de ma pratique personnelle qui vous montrera combien, à mon avis, le 606 est peu nocif pour le nerf optique J'ai eu il y a 6 semaines environ la visite d'un homme que je connaissais bien d'ailleurs pour le soigner depuis quelque temps par toutes les médications mercurielles les plus intensives. Il a eu du calomel, du benzoate, tout ce que vous pouvez imaginer en fait de traitement mercuriel intensif Cet homme se faisait soigner pour une névrite optique bi-latérale ; il ne voyait presque plus clair, il marchait à tâtons et il avait besoin, pour venir chez moi, d'une Antigone qui le conduisait par la main. Cet individu ayant entendu parler du 606 vint me dire : « Ecoutez, vous me soignez par tous les procédés possibles, mais je continue à voir d'une manière aussi imparfaite, je n'ai pas d'amélioration. Croyez-vous que la nouvelle médication puisse être employée chez moi ?

Je lui répondis : « Vous n'avez pas de chance, c'est à peu près le seul cas où je crois que la médication soit contre-indiquée.

— « Oh bien ! me dit-il, qu'à cela ne tienne, je suis décidé à en finir avec la vie, je veux me suicider parce que je vois bien que je vais perdre la vue, ma situation est brisée. Me suicider ou mourir par le 606, j'aime autant choisir le 606 ».

— « Je ne demande pas mieux que de vous faire l'injection de 606, répondis-je, puisque vous en prenez la responsabilité, seulement, vous dégagerez entièrement ma responsabilité ».

Il est venu chez moi avec son père, j'ai fait l'injection en la présence de celui-ci. Cela se passait il y a 6 semaines, et mon malade, qui aurait dû devenir aveugle si le 606 avait été nocif pour l'œil, ne l'est pas devenu. Bien mieux, il a subi une certaine amélioration de l'œil droit.

Voilà un cas où certainement le 606 était contre-indiqué par les ancécédents non pas du médicament, mais des arsenicaux antérieurement connus, et il n'a eu aucune action nocive, il y a même eu une certaine amélioration. Et remarquez bien qu'il ne s'agit pas ici, comme dans un cas publié par je ne sais plus quel auteur allemand, d'une gomme du nerf optique, car cela est tout naturel qu'une gomme du nerf optique guérisse, il s'agissait d'une névrite optique, c'est-à-dire un des cas qui sont précisément contre-indiqués parce que l'arsenic lui aussi est capable de produire des névrites optiques par dégénérescence des fibres du nerf.

Au point de vue cécité, il n'y a aucune observation probante publiée; je n'en connais pour ma part aucune véridique et je crois qu'on peut employer le médicament chez les malades ayant le fond de l'œil malade.

***

Un mot en terminant : supposons que toutes les morts qui ont été attribués au 606 soient réellement dues à ce produit arsenical, n'y aurait-il pas un moyen de les empêcher ou du moins n'y en a-t-il pas une *prophylaxie*? Il me semble que si. Ce qui fait la gravité de l'emploi de l'arsenic, c'est que pour ce médicament, plus que pour tout autre, existe ce qu'on appelle l'idiosyncrasie.

Vous savez qu'il y a des sujets qui ont avec des doses minimes d'arsenic des accidents foudroyants extrêmement graves, et le cas cité par Brouardel dans son livre sur les intoxications est absolument caractéristique à ce point de vue. Il s'agissait d'un individu qui, avec une goutte de liqueur de Fowler était pris d'accidents cholériformes épouvantables.

Si on injectait le 606 à de pareils individus, il est bien certain que la mort s'ensuivrait immédiatement.

Y a-t-il un moyen d'obvier à ces cas ? Il faut suivre la pratique que j'ai coutume d'employer : c'est de donner au malade comme pierre de touche pendant quelques jours, un médicament arsenical, de lui faire des injections de cacodylate ou même d'arséniate de soude, et si le malade supporte bien la médication, il est probable qu'il supportera également bien la médication par le 606. Je dirai même mieux car de cette manière, on mithridatise l'organisme.

Supposons que malgré cette précaution, il survienne des accidents ; n'avons-nous pas une suprême ressource. Il y en a une certaine : nous injectons le médicament insoluble dans les masses musculaires ou dans le tissu cellulaire sous-cutané ; nous l'abandonnons dans une région déterminée connue de nous ; si des phénomènes toxiques se produisent, nous pouvons aller chercher ce médicament, inciser la région, nettoyer le foyer et le débarrasser de l'arsenic introduit.

Vous me direz : « Vous parlez d'une manière absolument théorique. » Soit pour ce qui est du 606, mais pas pour ce qui est de l'huile grise, car nous avons une expérience pareille avec le médicament insoluble mercuriel. Nous avons plusieurs fois fait enlever par des chirurgiens des foyers d'huile grise abandonnés dans les fesses et qui produisaient des accidents de stomatite épouvantables. Ce qui est possible pour l'huile grise est certainement possible pour le médicament arsenical insoluble.

Comme conclusion, nous pouvons, il me semble, dire que le 606 est un médicament d'une très grande puissance, d'une très grande rapidité d'action, dont l'action est prolongée et dont l'action nous parait plus puissante que celle de tous les autres médicaments antisyphilitiques connus.

Vous me direz : mais dans cette conférence, vous n'avez pas abordé la question de savoir si on peut guérir la *syphilis maladie* avec une seule injection. Il est vraisemblable que c'est là une utopie. Nous avons vu déjà quelques récidives, il est probable qu'elles seront plus nombreuses encore et que,de temps à autre, nous verrons récidiver les accidents ; mais il est possible d'espérer qu'avec 2, 3 ou 4 injections répétées, puisque nous avons un médicament plus actif qu'aucun autre, nous arriverons à ce résultat. Peut-être y parviendrons-nous plus sûrement encore en doublant l'action thérapeutique du 606 avec le mercure sous une de ses formes.

Enfin, si à ces raisons d'ordre scientifique je voulais ajouter des arguments de sentiment, je vous dirais : venez voir dans le service les malades qui ont été traités. vous verrez que je suis littéralement assailli par eux pour recevoir du 606.

Pourquoi ? Parce qu'ils voient chez leurs voisins les merveilleux résultats obtenus.

Et enfin, autre argument d'ordre sentimental : tous les jours, je vois des médecins qui viennent suivre le service, et qui en secret, quand la visite est finie, viennent me demander pour eux-mêmes de leur injecter du 606.... C'est le meilleur argument que je puisse vous donner en faveur du médicament d'Ehrlich

La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite aiguë épidémique ;

Par H. ESCHBACH (de Bourges)

Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu.

Si les inflammations des méninges retentissent sur le tissu nerveux au point que l'on puisse rapporter à une irritation de l'axe cérébro-spinal tous les symptômes par lesquels elles se manifestent (1), les infections de l'encéphale et de la moelle sont aussi susceptibles de s'accompagner d'une réaction de leurs membranes d'enveloppe. Dans les états à séméiologie complexe, décrits et réunis sous le nom de poliomyélite aiguë épidémique, où les altérations médullaires sont les plus importantes et où les symptômes dominants sont des phénomènes paralytiques, de nombreux auteurs ont insisté sur la fréquence des réactions méningées.

Parfois cette réaction méningée est prédominante, ou même un instant exclusive. Les symptômes méningés sont alors les premiers en date, et tant que le syndrome complet n'est pas réalisé, ils font méconnaître la véritable nature de la maladie. Ils révèlent souvent une irritation méningée généralisée et simulent ainsi la méningité cérébro-spinale ; de nombreux cas de poliomyélite auraient été ainsi méconnus, dont le diagnostic n'est devenu indiscutable que longtemps après (2). L'examen du liquide céphalo-rachidien confirme l'irritation des méninges, sans renseigner sur l'état des tissus sous-jacents ; il est susceptible, lui aussi, d'être facilement l'objet d'une mauvaise interprétation. S'il renferme des polynucléaires, il paraît confirmer le diagnostic de méningite cérébro-spinale ; s'il renferme des lymphocytes en abondance, il peut faire penser à la méningite tuberculeuse. Déjà nous savions que, même au début des méningites cérébro-spinales, on peut

(1) HUTINEL et R. VOISIN. — Maladie des enfants. Tome V.
(2) NETTER. — *Soc. méd. hôp.*, 22 juillet 1910.

rencontrer de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ; ces cas restent assez rares. La lymphocytose est normale dans les méningites syphilitiques aiguës. Des observations récentes ont montré qu'elle est fréquente dans les états méningés aigus par lesquels peut se manifester au début la poliomyélite aiguë épidémique. Dans celle que nous rapportons, le tableau fut constitué pendant quelques jours par des symptômes méningitiques exclusifs et par de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

X..., âgé de 14 ans (suivi et traité pendant tout le cours de sa maladie de concert avec les docteurs Compoint et Pellerin), bien portant jusque-là, sans aucun antécédent pathologique, ni héréditaire, ni personnel, est pris de fièvre dans la journée du 14 *juillet*, de maux de tête et de vomissements; il se couche et vomit encore à plusieurs reprises. — Le 15 *juillet*, il se lève. mais il se sent mal à l'aise, la tête lui tourne, et il se remet au lit. Debout, il tenait la tête renversée en arrière ; et son entourage le croyait atteint de torticolis.

Le 16 *juillet*, le jeune homme est examiné pour la première fois. La température est à 38°4, le pouls à 110 pulsations. Il est couché tranquillement, se faisant faire la lecture ; il s'est levé à plusieurs reprises pour uriner ; il n'est pas allé à la garde-robe depuis deux jours. Il n'accuse aucune douleur ; seulement quand il essaie de remuer dans son lit ou quand il se lève, il souffre de la nuque. Les maux de tête généralisés du début ont disparu ; de même il n'a plus vomi. Mais si l'on essaie de lui fléchir la tête, les muscles de la nuque se contracturent instantanément et rejettent la tête en arrière ; si on tente de l'asseoir, les membres inférieurs se contracturent violemment en flexion, et les tentatives d'extension provoquée sont douloureuses et inutiles. Il n'y a aucun symptôme oculaire. La recherche de la raie vaso-motrice est positive.

Le 17 *juillet*, la température est à 38°2 le matin, 38°7 le soir. Il s'est levé, mais étant debout, il dit avoir eu un éblouissement et est tombé. A part cet incident, l'état est exactement le même que celui de la veille. Une *ponction lombaire* est pratiquée pour éclairer le diagnostic: le liquide céphalo-rachidien coule goutte à goutte, clair ; 10 cm. en sont recueillis et centrifugés ; l'examen microscopique révèle une lymphocytose d'intensité moyenne. Dans la soirée, le malade éprouve une certaine gêne pour uriner.

Le 18 *juillet*, on est obligé de faire dans la journée un cathétérisme urétral, la vessie ne se vidant pas spontanément. On remarque alors que le malade écarte difficilement les deux cuisses l'une de l'autre et qu'il ne peut détacher les pieds du plan du lit. Les réflexes patellaires sont abolis ; les réflexes crémastériens sont conservés.

Les jours suivants, la température baisse progressivement et revient à la normale le 22 juillet ; le pouls baisse parallèlement et s'établit à une moyenne de 62 pulsations par minute ; il est instable, présente quelques accélérations, tombe facilement après un effort minime à 52 pulsations. L'intelligence reste intacte, le caractère enjoué. Les mictions sont spontanées, mais dans la position debout; il faut lever et maintenir le malade qui est incapable de se tenir debout par ses propres forces. La constipation cède aux purgatifs et aux lavements ; mais des signes d'embarras gastrique (inappétence, langue saburrale et sèche) sont apparus dès les premiers jours et se prolongent une dizaine de jours. La nuque perd de sa raideur, et le 25 juillet, le malade, allongé sur son lit, commence à fléchir la tête sans trop de difficultés ; le signe de Kernig reste toujours accentué, la paraplégie est immuable, les réflexes restent abolis, et de plus on détermine une douleur vive à la pression sur le trajet des nerfs sciatiques. Les masses musculaires antérieures des cuisses sont sensibles à la palpation. La sensibilité des territoires cutanés est indemne. Il n'y a aucun trouble subjectif de la sensibilité.

A la fin du mois, l'évolution aiguë des accidents est arrêtée depuis assez longtemps pour qu'on la considère comme terminée. L'état général est très bon. La raideur diminue de plus en plus ; la nuque est à peu près complètement dégagée ; le signe de Kernig persiste très accentué, mais la contracture dans la position de flexion remonte moins haut le long de la colonne vertébrale et ne dépasse pas sensiblement la région dorso-lombaire. Les symptômes paralytiques n'ont pas sensiblement régressé et se présentent sous le même aspect : l'abduction et l'adduction des cuisses sont impossibles, à moins qu'un aide ne soulève les deux pieds ; la flexion de la jambe gauche sur la cuisse et de celle-ci sur le bassin est conservée, elle est impossible à droite ; le pied gauche ne peut être fléchi spontanément sur la jambe et est tombant, les orteils sont immobiles, le pied droit ne peut être fléchi ; ni l'un ni l'autre pied ne peuvent quitter le plan du lit, par impossibilité d'extension de la jambe sur la cuisse ; à gauche seulement, si on soulève au préalable le bas de la cuisse, le malade peut relever la jambe et maintenir son pied soulevé. Il y a donc paralysie ou parésie, irrégulièrement répartie du côté droit et du côté gauche, des muscles du bassin et de la cuisse, des quadriceps fémoraux et des groupes musculaires antéro-externes des jambes. Les muscles les plus atteints sont le quadriceps fémoral droit et les muscles antéro-externes de la jambe gauche. C'est aussi sur eux que les troubles trophiques sont le plus marqués ; les deux membres sont très amaigris, le quadriceps crural droit est considérablement atrophié. Les troubles sensitifs ne varient pas ; la pression le long des nerfs sciatiques est douloureuse, à droite plus qu'à gauche ; les muscles antérieurs des cuisses sont endoloris. Les réflexes sont les mêmes, les crémastériens sont conservés, les patellaires abolis.

Malgré le traitement galvanique et les massages, la rétrocession des paralysies musculaires, un mois et demi après le début de la maladie, est insensible.

Ainsi dans cette observation, le début de la maladie éclate brusquement par une ascension de température, des maux de tête, des vomissements, et l'on constate une raideur de la nuque, une contracture de flexion du tronc et des membres inférieurs extrêmement marquée. La rapidité d'invasion est telle, et l'intensité des symptômes rachidiens est si accusée qu'on pense plutôt à une méningite cérébro-spinale : une ponction lombaire pratiquée aussitôt révèle de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ; le diagnostic de méningite tuberculeuse paraît rallier les conditions ordinaires de certitude clinique. C'est le cinquième jour de la maladie seulement que la rétention d'urine et la paraplégie apparaissent et décèlent l'atteinte de la moelle. L'évolution ultérieure montre qu'il s'est agi de poliomyélite aiguë avec réaction ou participation méningée. Ce cas est comparable de plus en tous points à d'autres déjà publiés.

On ne rencontre pas de réaction méningée dans la poliomyélite aiguë classique, ou paralysie infantile, ni clinique, ni anatomique. Les diverses observations rapportées (1), où il y a coïncidence de paralysie et de réaction méningée, s'écartent plus ou moins du tableau de la paralysie infantile classique. Cette réaction méningée est au contraire particulièrement fréquente et précoce dans la poliomyélite aiguë épidémique, dans laquelle Lhermitte (2) et Claude (3) ont montré qu'il fallait reconnaître des faits disparates à lésions médullaires, méningées et radiculaires.

Tandis en effet que dans la paralysie infantile, les recherches cytologiques du liquide céphalo-rachidien étaient restées presque toujours négatives, Netter signale dès sa première communication (4) sur la poliomyélite aiguë épidémique une réaction méningée positive chez deux malades sur trois examinés à ce point de vue. Nobécourt et Roger Voisin (5) apportent deux cas analogues, dont le premier serait comparable à notre observation, si les phénomènes paralytiques avaient été un peu plus tardifs. Guinon et Simon (6) publient également deux ob-

(1) Milian. — Le liquide céphalo rachidien, Paris, 1904.
(2) Lhermitte. — *Semaine médicale*, 24 nov. 1909.
(3) Claude. — *Société méd. Hôp.*, 3 déc. 1909.
(4) Netter. — *Soc méd. Hôp.*, 12 nov. 1909.
(5) Nobécourt et Voisin. — *Soc. méd. Hôp.*, 19 nov. 1909.
(6) Guinon et Simon. — *Soc. méd. Hôp.*, 26 nov. 1909.

servations de paralysies associées à de la réaction méningée ; dans l'une, les paralysies relèvent de lésions médullaires, dans l'autre, il s'agirait de polioencéphalite. Netter enfin rapporte encore quelques cas de paralysies infantiles avec réactions méningées particulièrement intenses (1). L'explication anatomique de ces diverses manifestations est donnée par Wickman, Harbitz et Scheel (2), qui montrent à l'autopsie « que les lésions sont à la fois diffuses et en foyers, portent sur toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal et intéressent aussi bien la pie-mère que cet axe. »

La réaction méningée constatée est le plus souvent de la lymphocytose, parfois de la polynucléose. La lymphocytose s'observe dès la première ponction lombaire, même lorsque celle-ci est précoce, semblant indiquer que l'infection méningée est une infection subaiguë ou de virulence atténuée. Lorsque la réaction clinique est peu accusée, souvent la ponction lombaire n'est pas pratiquée, et le diagnostic reste en suspens jusqu'à l'apparition des phénomènes paralytiques qui donnent la signature de la maladie ; ou bien quand les paralysies sont précoces, le diagnostic ne peut être faussé. Mais l'apparition de tout symptôme d'altération médullaire pouvant tarder de plusieurs jours, notre observation et d'autres à l'appui témoignent que des symptômes méningitiques et une réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien de nature quelconque, ne sont pas toujours des éléments suffisants pour établir une opinion définitive ; il faut en attendre la ratification par l'évolution ultérieure de la maladie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès des Praticiens et le Privat docentisme.

On parle beaucoup, dans certains milieux, des Congrès des Praticiens comme d'une chose vague et lointaine, cependant les comptes rendus ont été publiés. Pour répondre à certaines objections formulées à des opinions qui n'ont jamais été émises, je voudrais ici transcrire les textes concernant la question du privat-docentisme.

« Au premier Congrès des Praticiens du 12-14 avril 1907, MM. Hirtz et Caussade, médecins des hôpitaux de Paris, dans leur rapport sur l'« Hôpital centre d'enseignement clinique », ont émis les vœux suivants :

1º Que nos Facultés de médecine soient largement ouvertes et que tout homme dont la valeur aura été démontrée par des travaux personnels ou le succès de son enseignement puisse parvenir au plus haut grade.

2º Que l'agrégation, qui ferme la porte de nos Ecoles, soit purement et simplement supprimée dans le plus bref délai.

3º L'institution du privat-docentisme qui existe à peu près *dans tous les pays du Monde*, etc., Vol. I. page 33.

Dans mon rapport sur le recrutement des professeurs en France et à l'étranger, je conclus :

1º L'agrégation des Facultés de médecine sera supprimée.

2º L'enseignement supplémentaire sera organisé par chaque Faculté ou Ecole qui accordera au docteur en médecine qui en a fait la demande l'autorisation d'enseigner. Vol. I. page 62.

(1) NETTER. — *Soc. méd. Hôp.*, 19 nov. 1909. Obs. I et IX.
(2) NETTER. — *Soc. méd. Hôp.*, 10 déc. 1909.

Huchard dit dans son rapport sur l'agrégation et le privat-docentisme.

1º L'agrégation des Facultés de médecine telle qu'elle existe doit être supprimée.

2º D'accord avec le principe de justice égalitaire, elle doit être remplacée par l'institution du privat-docentisme, tel qu'il existe dans *presque tous les pays*. Vol. II. page 2.

Enfin le 1er Congrès a adopté à l'unanimité les vœux de Huchard et Sorel ainsi conçus :

1º L'agrégation des Facultés de médecine est supprimée.

2º L'enseignement médical est absolument libre. Vol. II. page 40 et 41. (C. R., chez Maloine, éditeur.)

Le 2e congrès de Lille (C. R. chez Danel à Lille) a voté les vœux suivants de MM. Sorel, Leredde, Le Fur, Lemoine :

1º Suppression des titres spéciaux.

2º Suppression de l'agrégation. (Volume II. page 122.)

Enfin le 3e Congrès de Paris a adopté les vœux présentés. par La Fontaine. (C. R. chez Maloine, vol. I, page 201) :

« Le Congrès décide de poursuivre l'action commencée par les précédents Congrès dans la direction indiquée par ceux-ci : hôpital centre d'enseignement technique d'une part ; liberté et concurrence de l'autre, et donne mandat au Comité de Vigilance de diriger son action, pour la suppression de l'agrégation. Vol. I. page 201.

Comme l'on voit, personne n'a préconisé le système de privat-docentisme allemand contre lequel M. Cruchet a fait des critiques, et même dans mon rapport au 1er congrès, volume I, page 60, je dis : « L'Allemagne se raproche à notre sens *le plus* des conditions les plus favorables ; cependant si nous pouvons nous inspirer de ce que nous avons vu dans ses universités, il faudrait profiter du transfert de pareilles institutions par en *corriger les erreurs* ».

Comme l'on voit, le privat-docentisme cher à M. Sorel n'est pas le privat-docentisme défectueux de l'Allemagne.

J'ai écrit dans le *Progrès médical*, le 9 avril 1892, page 285 il y a 18 ans : « La réforme fondamentale, essentielle est la nomination aux places par un concours sur titres et exclusivement sur titres ».

Notre agitation brouillonne a amené la formation d'une commission extraparlementaire dans laquelle le Dr Roux, de l'Institut Pasteur, a formulé un projet de privat-docentisme qui a été reproduit dans les journaux quotidiens.

J'ai eu l'honneur de faire à Paris, le 5 décembre 1908, une conférence sous la présidence de Roux où j'ai essayé de montrer les raisons qui militaient contre l'agrégation et en faveur de l'enseignement libre. Je me suis expliqué ainsi dans le *Petit Praticien* de juillet 1909.

« Roux nous a dit ceci : « Tout individu qui a le moyen « d'enseigner, c'est-à-dire qui a les matériaux d'enseigne- « ment peut et doit faire profiter les étudiants de ces ma- « tériaux et de l'expérience qu'il a acquise à les réunir ; il « demande que la Faculté autorise les élèves à suivre cet « enseignement, c'est-à-dire, que le temps passé dans le « laboratoire, auprès des malades de ce professeur libre, soit « valable pour les inscriptions ».

Et plus tard lorsque la Faculté aura à choisir un professeur titulaire, elle aura pour se déterminer des éléments d'information plus sérieux qu'un concours passé à une date déterminée, puisqu'elle fera son choix en jugeant un homme après 10, 15, ou 20 ans d'un travail assidu. C'est à ses fruits

qu'on juge un arbre. Voilà le bon sens et c'est l'application du bon sens que nous appelons privat-docentisme.

Enfin j'ai signalé dans le *Progrès médical* du 20 août 1910 la carrière d'un homme studieux depuis son doctorat jusqu'à sa nomination au professorat à Paris sans qu'il y eut place pour un concours.

C'est en forgeant qu'on devient forgeron. Quand on a besoin d'un forgeron, on s'informe combien de temps il a forgé, et on examine les pièces qu'il a forgées, on a pas l'idée de lui faire faire une copie sur la forge au temps des Ptolémées.

Quand on a besoin d'un professeur de médecine, on lui demande où il a fait de l'enseignement, et quel a été cet enseignement. Inutile de lui faire faire une leçon sur le rhumatisme noueux. Voilà ce que pense le Congrès des Praticiens.

Robert Sorel,
(de Dijon.)

MÉDECINE PRATIQUE

Les réactions méningées au cours des intoxications ;

Par

H. PAILLARD et J. de FONTBONNE
Interne des hôpitaux. (de Montebourg).

Le cyto-diagnostic a permis de préciser l'étude des réactions méningées, mais alors qu'on voyait, au début, dans la présence d'un transsudat leucocytaire la conséquence assurée d'une infection, on admet actuellement qu'il peut relever d'une simple congestion ou irritation méningée aseptique.

Dopter (1) a montré que le liquide céphalo-rachidien était riche en éléments cellulaires dans les cas graves de « coup de chaleur. » Ravaut et Aubourg ont insisté sur les réactions leucocytaires qui suivent la rachicocaïnisation ; le même fait a été prouvé après les injections intra-rachidiennes de collargol.

Le professeur Widal (2) a attiré l'attention sur certaines méningites aseptiques où la ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien puriforme et où cependant ni l'examen microscopique, ni les cultures, ni les inoculations, ne peuvent déceler de microbes ; par ailleurs les polynucléaires sont intacts, non déformés, conservant leurs affinités tinctoriales normales, et sans que rien ne les différencie des polynucléaires du sang. La cause de ces méningites, parfois obscure, a pu être plusieurs fois rapportée à la syphilis.

Enfin, l'histoire des réactions méningées au cours des intoxications s'est édifiée peu à peu avec Mosny et Malloizel en 1904 pour le saturnisme, avec Lépine et Chauffard en 1907 pour l'urémie, avec Legry et Duvoir en 1908 pour l'oyxde de carbone. Nous passerons en revue ces trois intoxications en y ajoutant l'alcoolisme pour lequel la question a été discutée. Le cyto-diagnostic nous retiendra surtout, car en clinique il est difficile de distinguer ce qui revient à l'écorce cérébrale de ce qui revient aux méninges, et d'autre part le cyto-diagnostic fixe sur la réalité et sur le degré des lésions.

(1) Le liquide céphalo-rachidien dans le coup de chaleur. *Soc. Méd. des Hôp.*, 4 déc. 1903, p. 1396.
(2) Widal, Lemierre et Boidin. — Liquide céphalo-rachidien puriforme au cours de la syphilis des centres nerveux. *Soc. Méd. des hôp.*, 22 juin 1906.

Dans le SATURNISME (1) il existe, d'après Mosny et Malloizel, une réaction lymphocytaire très discrète à la période des coliques : c'est la *forme latente de la méningite saturnine* ; cependant, ils signalent une forme céphalalgique de la colique de plomb. On observe, de plus, des *méningites saturnines aiguës,* simulant la méningite tuberculeuse ou la méningite syphilitique, pouvant entraîner la mort après divers accidents paralytiques, ou guérissant lentement et caractérisées par une réaction leucocytaire abondante : polynucléose initiale et lymphocytose secondaire.

Enfin, reste à discuter l'ancienne question de la *pseudo-paralysie générale saturnine* admise par Delasiauve (2) et beaucoup de psychiâtres à sa suite, vivement combattue par Vallon (3) au point de vue clinique. Son existence anatomique n'est pas mieux démontrée ; toutes les fois qu'on trouve une lymphocytose rachidienne, on doit soupçonner la P. G. vraie.

Notons que dans un cas d'encéphalopathie saturnine, A. Marie (4) a pu mettre en évidence le plomb dans le liquide céphalo-rachidien, à l'état de traces indosables.

Dans l'ALCOOLISME à manifestations centrales, le cyto-diagnostic est négatif : il l'est même dans les cas de delirium tremens ; nous ne savons pas si un très grand nombre de ponctions lombaires ont été pratiquées ; du moins, dans les cas publiés, on ne signale aucun élément cellulaire dans le liquide céphalo-rachidien et le fait est curieux à opposer à la congestion méningée souvent intense observée à l'autopsie.

Dans l'alcoolisme chronique, le cyto-diagnostic est constamment négatif, précieux appoint pour le diagnostic des troubles mentaux d'origine alcoolique et de la paralysie générale (5). Cependant Dufour (6) a signalé un cas de méningite alcoolique chronique avec lymphocytose. S'il existe des pachyméningites hémorragiques dues à l'alcoolisme, nous ne connaissons pas d'observation où l'on ait relaté les résultats du cyto-diagnostic. L'intoxication alcoolique reste donc essentiellement une maladie de la corticalité cérébrale ; les lésions cellulaires priment les lésions méningées.

On sait depuis longtemps que dans l'INTOXICATION OXYCARBONÉE, on trouve à l'autopsie un aspect rosé, congestif et parfois hémorragique de la pie-mère. Les recherches récentes (7) ont montré qu'il existe dans le liquide cérébro-spinal une extravasation leucocytaire et hématique plus ou moins abondante, en même temps du reste que les symptômes cliniques traduisent l'excitation cortico-méningée. Ces phénomènes d'excitation surviennent dans les premières heures qui suivent l'empoisonnement, et, leur succédant, on observe ou non des paralysies à type hémiplégique ou d'ordre périphérique qu'il est d'ailleurs

(1) Mosny et Malloizel. — La méningite saturnine. *Revue de Médecine*, 1907.
Mosny et Harvier. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 29 nov. 1907.
Mosny et Pinard — *Soc. Méd. des Hôp.*, 27 mars 1908.
Léon Bernard et Jean Troisier. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 8 mai 1908.
(2) Delasiauve. — *Annales médico-psychologiques*, 1851, *Soc. Méd. des Hôp.*, 11 février 18.2.
(3) Ch. Vallon. — Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Paris. Masson. éditeur, 1894.
(4) *Soc. Méd. des Hôp.*, 28 janvier 1908.
(5) Joffroy. — *Société médico-psychologique*, 20 mai 1901.
Duflos. — Thèse Paris, 1901. La ponction lombaire en psychiatrie.
Van der Kolk (Endegeest). — Diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la pseudo-paralysie générale alcoolique. *Soc. néerl. de médecine de Leyden*, janvier 1906.
(6) Dufour. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 17 octobre 1901.
(7) Legry et Duvoir. — *Soc. Méd. des Hôp.*, décembre 1908.
Chauffard et J. Troisier. — *Société Méd. des Hôp.*, juillet 1909.
R. Gaultier et H. Paillard. — *Bulletin Médical*, 5 mars 1910.
De Fontbonne. — Thèse Paris, 1910.

classique de décrire ; le cyto-diagnostic peut rester positif pendant 8 à 15 jours.

En ce qui concerne l'URÉMIE, on a décrit des réactions méningées dans l'urémie chronique (1) et dans l'urémie aiguë convulsive (2). Dans le premier cas on observerait quelquefois au point de vue anatomique un épaississement pie-mérien et la ponction lombaire montrerait de la lymphocytose ; dans le second on a signalé une polynucléose abondante et transitoire. Tous ces faits demandent à être confirmés, et il faut en particulier rechercher s'il n'y a pas d'infection surajoutée (Chauffard et Vincent) (3) ou d'intoxication autre (saturnisme, Mosny et Pinard) (4).

Il ne semble pas d'ailleurs que les crises convulsives soient suffisantes pour produire une exsudation leucocytaire puisqu'à part quelques cas signalés comme exceptionnels par J. et R. Voisin (5), le cyto-diagnostic est toujours négatif dans l'épilepsie essentielle.

Au fur et à mesure que les recherches se feront plus précises, il est probable que d'autres intoxications se révèleront susceptibles d'entraîner des réactions méningées appréciables par la ponction lombaire. Il nous a, du moins, semblé utile de résumer ces différents faits dont on conçoit l'intérêt, non seulement au point de vue de la pathologie générale, mais encore pour le diagnostic pratique.

(1) R. LÉPINE — Existe-t-il une méningite urémique ? *Semaine Médicale* 31 juillet 1907, p. 361.
(2) CHAUFFARD. — Urémie aiguë et polynucléose rachidienne. *Semaine Médicale*, 13 novembre 1907, p. 541.
CAUSSADE et WILLETTE. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 24 juillet 1908.
DE MASSARY. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 11 décembre 1903.
(3) CHAUFFARD et VINCENT. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 15 avril 1910.
(4) MOSNY et PINARD. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 11 décembre 1908.
(5) Jules VOISIN et Roger VOISIN. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie essentielle. *Soc. Méd. des Hôp.*, 18 mars 1910.

Le bacille du choléra et les associations microbiennes ;

Par le docteur BOUCARD.

Pour peu que l'épidémie de choléra qui sévit actuellement en Russie, en Hongrie et en Italie s'approche de nos frontières, il est à craindre que les mesures prophylactiques recommandées par les journaux, dans un dessein plus ou moins intéressé, ne servent qu'à augmenter l'affolement public ; je ne voudrais en aucune façon y contribuer, mais je crois être utile en signalant le rôle encore peu connu des phénomènes d'association microbienne dans l'étiologie du choléra.

Depuis les épidémies les plus anciennes, on sait que le bacille ne germe pas sur tous les terrains ; qu'il est des individus, sinon réfractaires, tout au moins très résistants à l'infection, beaucoup de théories ont été proposées pour expliquer ces faits.

Le bacille virgule est un anaérobie facultatif, qui pousse facilement sur tous les milieux, particulièrement sur les milieux peptonés, à condition qu'ils soient légèrement alcalins ou neutres ; depuis 1894, on sait qu'il existe des microbes favorisants ou adjuvants qui permettent par exemple à un bacille âgé de pousser sur gélatine, alors que les cultures échouent si le bacille est ensemencé seul.

Parmi ces microbes favorisants se trouvent des sarcines, des levures et des bacilles coliformes ; si on les fait ingérer à des lapins jeunes, auxquels on donne ensuite des bacilles cholériques, on obtient 20 résultats positifs sur 22, alors que le taux n'est que de 50 % si on fait ingérer une culture pure de bacilles du choléra.

A côté de ces microbes favorisants on en rencontre d'autres dits : « empêchants » ; les lapins traités par l'ingestion de ces bacilles résistaient au vibrion cholérique et à des associations microbiennes favorisantes.

Sans vouloir tirer de ces expériences des déductions exagérées, on peut dire que le bacille du choléra se développe avec une certaine difficulté dans l'intestin d'un sujet sain, lorsque la flore microbienne de cet intestin est normale, lorsque par conséquent, les fermentations putrides sont réduites au minimum ; par contre, les fermentations putrides créeront un milieu des plus favorables pour l'ensemencement et la pullulation du vibrion cholérique.

Conclusions pratiques : sans rien négliger des précautions dictées par l'hygiène, surveillons le fonctionnement digestif de nos patients, n'hésitons pas, lorsque l'occasion se présente, à instituer une thérapeutique destinée à modifier la flore instestinale pathologique et à la ramener à la normale. Je pense que les ferments lactiques peuvent avoir ici leur indication : « On prévient les accidents appendiculaires en soignant l'intestin », disait le le Professeur Richelot à l'Académie de Médecine ; il est permis d'en dire autant à propos des affections intestinales en général et du choléra en particulier.

ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Le masque ecchymotique de la face par compression thoraco-abdominale.

ELIOT (1), KOCK et RÖNNE (2) ont rapporté récemment des cas typiques de ces accidents encore peu connus, désignés en Allemagne sous le nom de *Druckstauung*, de *Staseblutungen* ; en Angleterre sous celui de *pressure stasis*, de *traumatic asphyxia*. En France, on parle d'*infiltration ecchymotique diffuse de la face* (Lejars), de *cyanose cervico-faciale* (Le Dentu), de *masque ecchymotique* (Morestin) : termes surtout pathogéniques et souvent impropres, d'une complication assez fréquente et utile à connaître, car elle intéresse à la fois le chirurgien, l'ophtalmologiste, l'otologiste et le médecin-légiste.

Presque toutes les observations sont calquées sur le même modèle.

Le malade d'Eliot est un homme de 23 ans, qui, en réparant un ascenseur, est comprimé, l'espace d'une seconde, par le contrepoids de l'appareil (environ 12 000 livres) au niveau de l'épaule gauche. Au moment de l'accident, le blessé portait une chemise et un faux col. A son arrivée à l'hôpital presbytérien, sa face était noire et il existait une ligne de démarcation nette et circulaire autour du cou séparant la peau saine de la peau ecchymotique. Le malade ne perdit pas connaissance, sa respiration était gênée, R. 24, P. 90. Quelques râles dans la poitrine. On notait quelques ecchymoses sur le thorax, surtout sur la moitié supérieure. La face était fortement cyanosée, les conjonctives injectées de sang ; l'œil droit présentait un peu d'exopthalmie. OG : champ visuel normal, rétine normale, sauf une légère dilatation des veines ; les pupilles réagissaient à la lumière, mais paresseusement. OD : V = 0, le nerf optique était atrophié, les veines dilatées et tortueuses et les artères très rétrécies. Le malade quitte l'hôpital 15 jours après, complètement guéri, sauf une cécité complète de l'œil droit.

L'observation de Koch et Rönne est à peu près identique. Un homme de 54 ans eut la partie supérieure du thorax comprimé pendant 2 minutes environ sous une machine élévatoire. Son visage devint tuméfié, bleu noirâtre, parsemé de nombreuses pétéchies de la grosseur d'une tête d'épingles. La coloration violacée s'étendait sur le dos jusqu'aux angles des omoplates, et sur les bras jusqu'au coude. Il existait des hémorragies des muqueuses buccales conjonctivales. Les yeux lui sortaient de la tête. On ne constata ni fracture du crâne, ou du rachis, ni fracture de côtes. Le blessé cracha du sang pendant quelques jours. Les urines contenaient de l'albumine, mais ni cylindres, ni sang. Fond d'œil normal. Le 5e jour, l'œdème de la peau disparut, la teinte cyanotique des téguments s'effaça en 10 jours, les hémorragies sous-conjonctivales mirent 2 mois pour disparaître.

Mais 5 jours après l'accident, les yeux, normaux au

(1) ELIOT. — Traumatic asphyxia. *Ann of. surgery*, sept. 1910, p. 408.
(2) A. KOCK et H. RÖNNE. — Staseblutungen bei Kompression der Brust und des Unterleibes. *Archiv. fur. Klin. Chir.*, Bd. 91, 1910.

début, attirèrent l'attention. La pupille de l'œil gauche ne réagissait plus à la lumière, le fond d'œil était normal, mais l'amaurose était complète. A l'œil droit, on constata une petite hémorragie rétinienne linéaire récente : V = 1/2. Un mois après, OD : V = 5/6, champ visuel normal ; OG : V = 0 : atrophie papillaire totale.

Voilà donc deux observations absolument typiques et superposables de masque ecchymotique de la face par compression thoracique. Après une compression brève, mais intense, la face et le cou du blessé deviennent tuméfiés et violacés, les paupières gonflées, les conjonctives injectées ; puis tous les phénomènes s'atténuent rapidement : la coloration du visage disparaît en 8-10 jours, celle des conjonctives, plus rebelle, cède en 2 mois ; le blessé guérit, mais il persiste dans nos deux cas une complication grave : la cécité d'un œil par atrophie papillaire.

Ce sont les médecins légistes français qui ont les premiers attiré l'attention sur ces accidents. Ollivier, d'Angers, en fait une description minutieuse dans sa relation médicale des événements survenus au Champ-de-Mars, le 14 juin 1887, où 23 personnes moururent étouffées dans la foule. Tardieu décrit ces phénomènes à deux reprises différentes : en 1855 dans son mémoire sur la mort par suffocation, où il rapporte un cas de panique survenu en mars 1848 dans un atelier de femmes, et en 1866 lors de l'accident survenu le 15 avril 1866 sur le pont de la Concorde où 40 personnes furent serrées dans la foule et 9 moururent étouffées.

En 1873, Willers dans sa thèse rapporte 2 cas observés à la clinique chirurgicale de Greifswald. Mais ce travail passa inaperçu et ce n'est qu'à partir de 1899 que les cas se multiplient, surtout en Allemagne avec Perthes, Braun, Wienecke Milner. En France, la question fut vulgarisée par une revue générale de Lejars en 19.5 et la thèse de Béal (1906) qui attira l'attention sur les troubles oculaires.

Dans les formes typiques, le masque ecchymotique se produit rapidement après la compression thoraco-abdominale, quelquefois au moment même de la compression (Perthes). Ce qui frappe surtout, c'est la tuméfaction violacée de la face. La coloration peut varier du bleu au noir foncé, et sur le fond se détache presque toujours un piqueté plus ou moins rouge ou même des points ecchymotiques. La coloration envahit le cuir chevelu, le conduit auditif externe ; en bas, elle se termine souvent par une ligne circulaire nette comme dans le cas d'Eliot, au niveau du cou, et Lejars attribue ce fait à la résistance opposée par le col fermé de la chemise ou par le faux col. Quand la chemise est ouverte, l'infiltration ecchymotique tend à descendre en pèlerine sur le thorax, le bras, les seins et même jusqu'à l'ombilic (Milner).

On a signalé également des ecchymoses de la muqueuse nasale, tympanique, pharyngée, laryngée et trachéale. On note aussi des hémorragies, le plus souvent minimes, par le nez, la bouche et les oreilles.

Les troubles oculaires méritent plus d'attention. Les paupières sont tuméfiées, empêchant même parfois l'examen de l'œil. Les conjonctives sont toujours fortement injectées de sang et œdématiées, et ces suffusions hémorragiques s'accroissent encore durant les premiers jours. Les pupilles sont souvent normales, mais elles peuvent être dilatées et immobiles à la lumière L'exophtalmie, quand elle existe, est fugace, elle cesse dès que la compression a cessé. On a signalé une amaurose passagère durant de quelques minutes à deux (Perthes, Joynt, Morestin, Braun, Neck, Anderwert). Dans plusieurs observations (Béal, Scheer, Winecke, Burrell et Crandon, Möser, Wagenmann, Neck), on trouve notées, comme dans les cas de Kock et Rönne, des hémorragies rétiniennes, tantôt maculaires et s'accompagnant d'un scotome central, tantôt périphériques. Elles peuvent laisser à leur suite des plaques blanches atrophiques (Neck), diminuant d'autant l'acuité visuelle. Mais beaucoup plus graves, au point de vue du pronostic, sont les lésions d'atrophie papillaire post-traumatiques signalées dans les deux observations que nous rapportons au début et notées également par Béal, Möser, Beatson, Lang. Quelque temps après l'accident, quinze jours à un mois en moyenne, on constate à l'ophtalmoscope que la papille se décolore progressivement jusqu'à devenir complètement blanche. La cécité est alors complète et définitive.

Comme autres troubles dus à la compression, signalons rapidement une albuminurie passagère, comme dans le cas de Kock et Rönne, et attribuée à de la stase dans le territoire de la veine cave inférieure ; une hématurie pure survenue le 8e jour chez un malade d'Ettinger et mise sur le compte d'un infarctus rénal hémorragique.

On a noté également de la rétention d'urine.

Comme troubles cardio-pulmonaires, on a constaté une augmentation de la matité cardiaque, des hémoptysies légères.

La perte de connaissance manque souvent, et quand elle existe, elle est ordinairement fugace. Un malade de Lejars fut cependant plongé pendant 36 heures dans un certain état d'obnubilation.

L'évolution de ces accidents est habituellement rapide, la coloration violacée de la face s'efface vite en 8 à 10 jours ; seules, les ecchymoses conjonctivales peuvent persister pendant 6 semaines.

Le pronostic du masque ecchymotique de la face est donc favorable en lui-même : seules, les lésions oculaires définitives ont un caractère grave. Quand la mort survient, elle est le fait d'autres lésions thoraciques ou abdominales causées par le traumatisme, telles que : déchirures du foie, de la rate ou du poumon, embolies graisseuses du poumon (von Recklinghausen) ; ou bien encore de lésions infectieuses secondaires, comme chez la malade de Volcker qui mourut au bout de 10 jours de pneumonie traumatique.

A côté des formes typiques, il existe des formes atypiques bien étudiées par Milner, dans lesquelles l'infiltration ecchymotique n'est plus généralisée à toute la face mais localisée au pourtour des yeux, aux tempes.

Quelquefois, seules les paupières et les conjonctives sont infiltrées de sang.

En ce qui concerne les lésions anatomiques de la peau, de la face et du cou, le fait qui se dégage des autopsies de Braun, de Milner, de Schultze, des biopsies de Beach et Cobb, c'est la dilatation constante des petits vaisseaux cutanés ; mais parfois il peut s'y surajouter des éclatements vasculaires et des petits hématomes sous-cutanés ou cutanés, analogues aux petites hémorragies rétiniennes, lésions qui témoignent bien de l'hypertension sanguine poussée à ses dernières limites.

Au point de vue pathogénique, deux théories basées sur l'insuffisance valvulaire des jugulaires ont été soutenues : celle de la stase passive et celle de l'effort.

Dans la première théorie, la compression du thorax est tout : elle détermine un reflux du sang veineux dans le système cave supérieur. Les veines du membre supérieur sont barrées par de nombreuses valvules suffisantes : la seule voie libre est la voie des jugulaires aux valvules rares et insuffisantes. Le sang s'y précipite et les capillaires, les veinules de la face et du cou dont les parois sont moins résistantes vont se laisser distendre ou éclater en certains points.

La deuxième théorie, déjà vue par Tardieu et soutenue par Milner fait de l'effort la cause essentielle de l'hémorragie. Dès qu'il y a compression thoracique, la glotte se ferme immédiatement d'une manière réflexe : la paroi abdominale se contracte. Le malade, s'il ne perd pas connaissance, fait effort pour se dégager. C'est cette tension du thorax qui détermine l'hémorragie à distance.

Parfois le thorax échappe à la compression et l'abdomen seul est serré comme dans un cas de Le Dentu. Les mêmes phénomènes ecchymotiques se produisent et c'est ainsi que Kredel vit apparaître des hémorragies cutanées ponctiformes au visage et au front d'un nouveau-né, après réduction d'une grosse hernie ombilicale intéressant tout le foie.

Mais à côté de cette catégorie de masques ecchymotiques par compression violente, il y a place pour une autre catégorie produite par simple effort. C'est ainsi qu'au cours de certains accouchements particulièrement pénibles, après des efforts de vomissements (Hoppe), des crises d'épilep-

sie (Alexander, Pichler), dans la coqueluche (Broca), dans la période d'excitation chloroformique (Colle), on observe de ces formes complètes ou atténuées de l'infiltration ecchymotique de la face.

Le diagnostic de ces accidents, dans les cas typiques, saute aux yeux. Il peut être plus délicat dans les formes frustes, et on peut hésiter dans certains cas avec la fracture du crâne, surtout quand le blessé a perdu connaissance, quand il existe des épistaxis, des otorragies, quand les ecchymoses palpébrales augmentent les jours suivants. C'est la durée des symptômes qui viendra ici tirer le médecin d'embarras. S'il n'y a pas de fracture du crâne, c'est une question d'heures : tous les phénomènes régressent et disparaissent rapidement.

Au point de vue thérapeutique, quand on se trouve en présence d'un blessé qui vient d'être tamponné et qui a une infiltration ecchymotique de la face, il faut se dire qu'on est en face d'un asphyxié et agir en conséquence. On fera donc d'abord la respiration artificielle, des injections d'éther ou d'huile camphrée. Puis on réchauffera le malade et on réveillera sa circulation par des frictions alcoolisées énergiques.

BURNIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1910.

M. *Letulle* donne lecture du discours qu'il a prononcé à l'inauguration du monument du Professeur Cornil.

Apropos du «606». — M. *Netter* donne lecture d'une lettre reçue du professeur *Ehrlich* en réponse à la communication de M. Hallopeau sur le « 606 » et l'hectine.

M. Ehrlich ne connaît aucun cas d'amaurose dû au « 606 ».

Il existe 12 cas de mort ; un seul a été observé dans un service de vénériens. Les autres cas sont survenus dans des asiles d'aliénés ou dans des services de médecine générale. Or, il est absolument déconseillé d'employer le « 606 » chez des malades atteints d'affections nerveuses graves et en particulier de paralysie générale.

Le « 606 » est également déconseillé dans les affections vasculaires graves.

Certains cas de mort paraissent dus à un défaut d'asepsie des médecins traitants.

Enfin le « 606 » différerait complètement de l'hectine.

Traitement de la tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen. — M. *Debove* lit un rapport sur un travail de M. *Révillet* sur les résultats obtenus à l'asile Dollfus, de Cannes, chez des enfants génevois atteints de tuberculoses articulaires, osseuses, ganglionnaires, péritonéales.

Ces enfants séjournent à Cannes du 15 octobre au 15 juin. Ils sont traités par des bains quotidiens de mer et de lumière. Les résultats obtenus sont excellents et bien supérieurs à ceux que donnent les sanatoria d'altitude.

MM. *Robin, Landouzy, Bouchard* appuyent ces conclusions sur la valeur de la cure marine méditerranéenne dans le traitement des tuberculoses infantiles.

Note sur l'anémie et l'ictère hémolytique des tuberculeux. — M. *Landouzy*.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

14 octobre 1910.

Le président, M. de *Beurmann*, lit l'éloge du professeur Raymond décédé dans l'année, et M. *Florand* lit le discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de la Société.

Inversion du réflexe du radius. — M. *Babinski.* — A l'état normal, la percussion de l'extrémité inférieure du radius provoque ordinairement une simple flexion de l'avant-bras sur le bras.

Quand les réflexes tendineux du membre supérieur sont forts, d'autres mouvements, en particulier la flexion des doigts, peuvent accompagner la flexion de l'avant- bras. C'est ce qui a lieu aussi généralement dans l'hémiplégie d'origine cérébrale.

Mais chez l'individu sain, on ne voit jamais, sous l'influence du choc radial, les doigts seuls se fléchir.

Or, cette sorte de transposition du mouvement réflexe normal habituel, que je propose de dénommer « l'inversion du réflexe du radius » peut se produire dans certaines circonstances pathologiques.

Je l'ai constatée chez des malades atteints de lésions de la moelle cervicale (syringomyélie, tumeur), et jusqu'à présent je ne l'ai jamais vue dans des affections autrement situées.

Je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer d'autopsies dans des cas de ce genre. Il ne m'est donc permis que de faire des hypothèses sur la disposition des altérations déterminant la perturbation dont je m'occupe. Je crois cependant qu'en l'espèce, les prévisions ne risquent guère d'être erronées ; elles découlent naturellement de nos connaissances anatomo-physiologiques. On sait que le réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras a pour centre principal le Ve segment cervical, tandis que pour le réflexe de flexion des doigts, ce centre se trouve dans le VIIIe segment cervical. On est conduit ainsi à penser que l'inversion du réflexe du radius est la conséquence d'une lésion atteignant particulièrement le Ve segment cervical ; on conçoit, en effet, qu'une pareille lésion, sans influence sur les mouvements des doigts, produise une abolition du réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras ; on conçoit aussi qu'en pareil cas, si la lésion intéresse le système pyramidal, le réflexe de flexion des doigts soit très accentué.

J'admets également, quoique je ne possède aucun fait semblable, qu'une lésion limitée des nerfs périphériques puisse engendrer le même phénomène ; mais si de tels faits existent, ils sont exceptionnels.

De mes observations je crois pouvoir conclure que l'inversion du réflexe du radius constitue un signe qui, à lui seul, permet presque d'affirmer l'existence d'une lésion cervicale et peut contribuer à en préciser la disposition.

MM. *Jeanselme, Laignel-Lavastine* et *Touraine* ont traité par le « 606 » cinquante malades à l'hôpital Broca. Ils exposent les techniques à suivre et insistent sur la nécessité d'une neutralisation exacte du mélange à injecter.

Les doses employées ont varié de 0 gr. 45 à 0 gr. 65 centigrammes ; jamais il n'est survenu de phénomènes d'intoxication. L'injection intra-fessière s'accompagne de douleurs assez vives qui souvent s'irradient dans tout le membre inférieur. Pendant plusieurs jours la fesse est tendue, empâtée et la marche est difficile. Ils ont observé des érythèmes morbilliformes ou ortiés, soit au lieu même de l'injection, soit à distance : la température s'est presque toujours élevée en moyenne à 38°5, pendant trois à quatre jours.

Le lendemain de l'injection, il est courant d'observer une turgescence du chancre et des tissus voisins et un aspect papuleux de la roséole.

Mais ces phénomènes sont éphémères et bientôt les syphilides entrent en régression et cela d'autant plus rapidement qu'elles sont plus infiltrées : les plaques muqueuses hypertrophiques s'affaissent, se dessèchent et s'épidermisent en quelques jours, les syphilides papuleuses, les syphilides acnéiformes, si rebelles au mercure, se résorbent en deux semaines environ. La céphalée disparaît en un à quatre jours.

Une seule injection suffit pour assécher les plaques muqueuses suintantes et diminuer considérablement les risques de contamination. On voit l'intérêt de cette nouvelle médication au point de vue de la prophylaxie sociale.

M. *Jacquet* a traité 3 malades par le « 606 ». Un premier malade atteint de glossite scléreuse reçut 0 gr. 50 dans la fesse, la réaction fut douloureuse et la fièvre vive. Les résultats furent une diminution de la sensibilité de la langue, une plus grande mobilité ; mais au point de vue objectif, pas de modifications appréciables.

Le deuxième malade avait un ulcère lingual avec macrolabialite tertiaire et tuberculose laryngée : le Wasermann était positif. Il reçut 0,50 de « 606 » ; pas de fièvre. Les lésions s'améliorent rapidement, sauf l'ulcère lingual qui est peut-être de nature tuberculeuse.

Le 3e malade est un homme de 53 ans, alcoolique, qui avait une syphilis ulcéreuse de la cuisse droite. En outre, il présentait depuis 3 ans des accidents gastriques : vomissements, douleurs stomacales ; mais pas d'hémorragies. Il reçut 0,50 de « 606 ». La réaction fut très vive. Dès le 4e jour, la gomme fut cicatrisée, mais le 7e jour, le malade est pris de vomissements noirâtres abondants, malgré la diète lactée. Ces symptômes s'aggravèrent et le malade mourut le 12e jour après l'injection.

A l'autopsie, on trouva un ulcère gastrique à bords calleux.

Le « 606 » doit-il être responsable de cette mort ? C'est possible, car l'arsénobenzol est un vaso-dilatateur, et jamais le malade n'avait eu de mélæna ni d'hématémèse, mais on ne peut l'affirmer à coup sûr.

En tous cas le « 606 » doit être considéré comme un médicament efficace, mais dangereux, à ne pas employer dans les ulcérations du tube digestif.

D'ailleurs, M. Jacquet estime qu'on a beaucoup exagéré la gravité de la syphilis. Pour lui, les accidents tertiaires seraient en grande partie d'ordre inflammatoire banal. En supprimant ces irritations, en faisant une thérapeutique fonctionnelle, il aurait obtenu d'excellents résultats, mais il ne peut pas encore dire s'il a obtenu la stérilisation des tréponèmes et la disparition de la réaction de Wassermann.

M. *Milian* a fait actuellement 130 injections de « 606 » sans aucun accident. La fièvre a été nulle, tant qu'il n'a pas dépassé la dose de 0.60 ; il n'y a pas eu d'albuminurie ultérieure et le plus souvent il a observé de la polyurie.

Dans un cas de néphrite, avec 6 gr. d'albumine, il a injecté 0.70 de « 606 » sans accident. L'albumine diminua ensuite à 3 gr. puis à 2 gr. Comme troubles cardiaques, on note parfois de la tachycardie (100 à 120).

M. Milian recommande de ne pas faire d injections sous-cutanées, mais toujours intra-musculaires, la douleur est ainsi moindre. Il préconise la région lombaire comme lieu de l'injection ; la région fessière est plus douloureuse et donne une gêne de la marche et de la station assise longtemps persistante.

Les résultats sont excellents, supérieurs à ceux obtenus avec le calomel. Le triomphe est la syphilis ulcéreuse et la syphilis maligne précoce. Trois résultats ont surtout frappé M. Milian : un malade atteint d'onyxis rebelle au mercure qui guérit en 2 jours ; une syphilis croûteuse du front qui se détergea en 8 jours ; et un étudiant en médecine atteint de syphilis récente grave, rebelle à toutes les médications, et avec accidents nerveux céphalée, abolition des réflexes rotuliens ; 4 jours après une injection de 0,60 de « 606 », les plaques muqueuses avaient disparu ; le réflexe rotulien droit était réapparu, le gauche en voie de réapparition ; la céphalée avait disparu.

Le temps écoulé n'est pas suffisant pour parler des récidives et de la réaction de Wassermann ; chez 4 malades cependant, le Wassermann devint négatif 1 mois à 60 jours après une seule injection.

L'action du « 606 » n'est pas seulement immédiate, elle est lente et prolongée, ainsi que M. Milian a pu s'en rendre compte sur une femme.

M. ***Netter*** n'a pas une compétence personnelle suffisante de la question, bien qu'il ait été le premier à expérimenter le « 606 » en France. Mais il attire l'attention sur l'idée générale et rationnelle d'Ehrlich qui voulait stériliser l'organisme de tous les tréponèmes. Des expériences très minutieuses ont été faites sur les animaux, avant que le médicament fût expérimenté sur l'homme, et avant de dénigrer le « 606 » et lui attribuer certains accidents, il faut examiner les faits avec attention et les soumettre à une critique sévère.

BURNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre 1910.

Technique de l'ablation des cancers du plancher de la bouche. — M. *Picqué* présente un rapport sur deux observations de M. Abadie (d'Oran). Il s'agit de deux cas de cancer du plancher buccal, pour l'ablation desquels l'auteur a employé la technique nouvelle conseillée par M. Morestin, technique à laquelle il n'a apporté que quelques modifications de détail.

L'auteur fait remarquer qu'il faut éviter la fracture du maxillaire, mais que celle-ci se produit très facilement. Elle s'est produite malgré toutes les précautions dans les deux tentatives citées.

La recherche des ganglions est indispensable des deux côtés, et pour cette recherche, l'incision sous mentonnière, en fer à cheval, prolongée en arrière, suffit. Dans un de ces deux cas, M. Abadie, n'ayant enlevé les ganglions que d'un côté parce que de l'autre côté ils paraissaient sains, a vu la tumeur récidiver dans ces ganglions.

Suture latérale de la veine fémorale. — M. ***Riche*** fait un rapport sur une observation communiquée à la Société par M. Rebreyend (de Calais). Il s'agissait d'un malade atteint d'un sarcome du testicule, qui après ablation récidiva dans le trajet inguinal. L'opération faite le 9 octobre fut très difficile.

Dans le triangle de Scarpa on trouva des ganglions très adhérents aux vaisseaux qu'il fallut séparer et disséquer. La saphène interne fut liée. L'artère fémorale put être disséquée sans incident, mais la veine fémorale fut déchirée. Elle fut immédiatement suturée. Les suites de l'opération furent assez bonnes et la suture de la veine parut donner un bon résultat. On observa seulement un peu d'œdème malléolaire le 4e jour.

Il est certain qu'en pareil cas il est tout indiqué de tenter la suture de la veine. Mais il est difficile de savoir si celle-ci a conservé sa perméabilité. D'autre part la ligature et la résection d'une certaine étendue de la veine fémorale sont possibles et ne sont pas forcément suivies d'accidents, ainsi que l'a montré M. Morestin. Mais elles provoquent en général des accidents immédiats très inquiétants, qui d'ailleurs s'apaisent bientôt.

Tumeurs néoplasiques du cervelet.—M. ***Bonnet.*** — J'ai eu l'occasion récemment d'opérer un cas de tumeur du cervelet, dont l'ablation fut très simple et très facile, mais l'issue fut cependant fatale.

Il s'agissait d'un forestier jeune et robuste chez qui se développèrent lentement et progressivement des signes précis de tumeur cérébrale — avec atrophie papillaire puis cécité complète. Peu à peu, des signes de localisation cérébelleuse se précisèrent : vertiges, chute à gauche, diminution de l'ouïe à gauche. En outre il y avait une ébauche de nystagmus et un état de torpeur accentué.

Quand il entra dans mon service, le malade paraissait perdu à brève échéance. Une cure mercurielle ne donna aucun résultat. Je me décidai alors à intervenir. Je fis l'incision dite en arbalète et je mis à nu les deux fosses cérébelleuses. La dure-mère était très tendue et à gauche un néoplasme faisait saillie. La tumeur fut énucléée au doigt et à la curette mousse et je fus guidé dans cette ablation par la différence de consistance entre les deux tissus néoplasique et cérébelleux. Je n'explorai pas la fosse cérébelleuse droite.

Je refermai ensuite les parties molles.

Malgré un excellent réveil, la journée se passa en alertes avec irrégularité cardiaque et le malade succomba au bout de 19 heures.

A l'autopsie, je trouvai un autre néoplasme gros comme une noisette dans le cervelet droit.

J'ai été frappé de la facilité de l'intervention qui me pousse à penser que ces interventions devraient être faites plus souvent et qu'avec les perfectionnements de technique, elles deviendraient moins dangereuses.

Ankylose bilatérale du maxillaire inférieur; — M. ***Morestin*** fait un rapport sur un cas d'ankylose bilatérale du maxillaire inférieur communiqué par M. Yaout (Constantinople). Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans qui, quatre ans auparavant, fit une chute sur le menton sans signe net de fracture. Peu à peu apparut alors une raideur de l'articulation temporo-maxillaire, puis une ankylose complète de la mâchoire. Au moment où fut vue la malade, l'écartement possible entre les mâchoires était insignifiant et le maxillaire inférieur, ayant été arrêté dans son développement, le menton était fortement en retrait. La radiographie ne donna aucun renseignement précis.

Elle fut opérée d'abord d'un côté. Une incision fut faite au devant du tragus, et par morcellement on enleva une sorte de cal osseux englobant l'articulation temporo-maxillaire. Mais malgré une résection complète, le maxillaire ne s'abaissait pas.

En un second temps, 14 jours après, le côté opposé fut réséqué à son tour et les mouvements de la mâchoire furent alors possibles.

Douze jours après, on commença à mobiliser la mâchoire à l'aide d'un ouvre-bouche.

Le résultat fut bon. La malade ultérieurement se luxa deux fois la mâchoire, mais elle savait réduire elle même sa luxation.

Présentation de malades. — M. ***Morestin*** présente deux malades opérés par lui, l'un d'un cancer de la lèvre supérieure et du nez, l'autre d'une brûlure de la face et auxquels il a pu, par autoplastie, reconstituer la face. CH. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 octobre 1910. — Présidence de M. BOURSIER, Président.

Nécrologie. — M. ***Boursier***, président de la Société, prononce l'éloge du professeur Raymond, ancien président d'honneur de la Société, décédé pendant les vacances.

Présentation d'ouvrage. — M. ***Cathelin***, offre à la Société son « *Manuel pratique de la lithotritie* » qu'il vient de publier. C'est une monographie complète de la question où le lecteur lira avec intérêt les différents chapitres où sont étudiés successivement l historique, l'instrumentation, la technique, la critique et les soins post-opératoires ;

Histoire lamentable d'un rein et d'une vessie chez une femme. — ***M. Cathelin*** rapporte l'observation d'une femme qu'il a opérée avec succès, à l'Hôpital d'urologie, d'une néphrectomie lombaire sous-capsulaire pour fistule, suite de néphrolithomie ancienne et qui subissait sa *quinzième chloroformisation* pour exploration ou opération vésicale ou rénale, dans les mains de six chirurgiens successifs.

Appareil portatif à douches d'air chaud. — ***M. Pierre Ménard*** présente un appareil portatif à douches d'air chaud qui se compose d'un ventilateur à main très puissant envoyant de l'air dans un tube horizontal. Ce tube est chauffé par une flamme d'alcool à bec Bunsen. L'appareil présente l'avantage d'être d'un petit volume, d'un maniement facile. Il fournit de l'air pur et sec à une température très élevée jusqu'à 200°. La température et la pression de l'air sont réglables à volonté.

La traversée du tube digestif (radiographies). — M. ***Aubourg*** présente une série de clichés obtenus en radiographie rapide, et qui montrent des images de l'estomac aux divers moments de son évacuation — du duodénum — de l'intestin grêle, du confluent iléo-cœcal — de l'appendice iléo-cœcal — des côlons et du rectum. L'auteur accompagne ces radiographies de l'exposé du mode de remplissage et de vidage de chaque segment du tube digestif.

M. ***Desternes*** présente sur le même sujet quelques clichés montrant les différents aspects de l'estomac au cours de la digestion, l'image du duodénum et celle du gros intestin à l'état normal ou pathologique.

M. ***Smester*** demande d'où vient la différence des clichés présentés il y a 6 mois à la Société par le Dr Kolbé et ceux qui viennent d'être présentés aujourd'hui.

M. ***Aubourg*** répond que la différence peut être due à ce que les épreuves qu'il a présentées sont uniquement prises dans la station debout et que les procédés qui permettent d'obtenir ces résultats de radiographie rapide avec écrans intensificateurs, en moins de deux secondes, sont d'un usage tout récent.

Médications nouvelles. Sérums. — M. ***Levassort***. — Avant d'essayer un médicament nouveau, les médecins devraient faire signer par les intéressés un engagement réservant toute communication et toute publicité, et stipulant même des dommages-intérêts en cas de manquement aux conventions. Il est nécessaire aussi de ne pas donner le nom de sérums à des préparations qui ne répondent pas à ce titre. L'auteur rappelle la loi de 1895 réglementant la fabrication et la vente des sérums.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 13-15 Octobre 1910.

Ce congrès a été ouvert solennellement le jeudi 13 octobre, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur *Landouzy*, entouré de divers représentants officiels, et des professeurs *Dieulafoy*, *Debove*, *Bouchard*, *Laignel-Lavastine*, etc.

Nous ne reviendrons pas sur les discours qui ont été prononcés à cette séance d'ouverture, en particulier sur celui du doyen Landouzy, traitant magistralement du vitalisme moderne et des progrès acquis en bactériologie et en sérothérapie. Rappelons simplement que trois questions avaient été désignées par le précédent congrès de médecine pour alimenter par la base le congrès actuel. Ces questions étaient : 1° *Les bradycardies*, rapporteurs : MM. Vaquez et Esmein, Gallavardin ; 2° *Traitement des épilepsies symptomatiques*, rapporteurs : MM. Souques et Vires ; 3° *Rapports du foie et de la rate en pathologie*, par MM. Gilbert et Lereboullet.

1er QUESTION. **Les Bradycardies.**

MM. *Vaquez* et *Esmein* (de Paris), rapporteurs. En résumé ces deux auteurs exposent qu'il y a trois sortes de bradycardies ;

1° Les *bradycardies d'origine intra-musculaire*, observées déjà par Morgagni, Adams et Stokes, et dont voici les traits caractéristiques : ce genre de bradycardie évolue fréquemment en deux temps, le premier dans lequel les phases de ralentissement sont entrecoupées de périodes normales, phase surtout dangereuse, car le danger résulte non de la bradycardie, mais des crises syncopales qui l'accompagnent et qui sont plus fréquentes au moment où le ralentissement est paroxystique ; le deuxième où la bradycardie est devenue permanente et qui peut s'accompagner d'une survie très considérable. Quant aux caractères graphiques, ils sont constitués par un retard de la contraction ventriculaire sur la contraction auriculaire aboutissant à une indépendance absolue des soulèvements auriculaires et ventriculaires ; le rapport chronologique de ces deux soulèvements est entièrement bouleversé.

Les lésions anatomiques sont plus importantes par leur disposition topographique que par leur nature même ; il suffit qu'une altération siège dans la région du faisceau unissant et principalement à la base du septum ventriculaire pour que l'onde de contraction soit gênée dans son passage et que la bradycardie finisse par en résulter. La syphilis joue ici un rôle prépondérant, qu'il s'agisse de lésion embryonnaire dissociant les fibres du faisceau primitif, provoquant un ralentissement paroxystique qui peut céder devant une médication appropriée, ou de lésions de sclérose ou de gommes rompant définitivement la continuité des fibres et très souvent rebelles alors à tout traitement.

De plus, Mackensie a rapporté un cas où la bradycardie avait été précédée de tachycardie paroxystique. MM. Vaquez, Laubry et Foy en ont publié un cas analogue. MM. Vaquez et Esmein suivent un cas encore plus complexe : chez un aortique de 70 ans qui présentait des crises répétées d'extrasystoles depuis quelques années, ces extrasystoles se sont, voici un an, massées sous la forme d'accès de tachycardie paroxystique ; depuis quelques mois, enfin, ces accès de tachycardie se sont rapprochés, le pouls présente une lenteur de plus en plus grande, et les signes d'une dissociation auriculo-ventriculaire commencent à se manifester.

2° Les *Bradycardies nerveuses*, comprenant les bradycardies physiologiques (b. respiratoire) et les bradycardies pathologiques.

3° Les *bradycardies toxiques*. — En clinique, on ne connaît que trois ordres de poisons qui puissent être responsables de la lenteur des battements du cœur : la digitale, les sels biliaires, les poisons urémiques.

Le ralentissement du pouls déterminé par la digitale résulte, non pas d'une véritable bradycardie, mais d'une fausse bradycardie, d'une bradysphygmie par entrasystoles précoces ou avortées. Cependant, la digitale ayant sur la conductibilité du myocarde une influence dromotrope négative, on peut se demander si cet effet peut aller jusqu'à provoquer une sorte de bloquage

incomplet, ou même complet, de la contraction. Les faits démonstratifs en font encore défaut ; en tout cas, il semble que pour que cette éventualité se réalise, il faut qu'elle soit favorisée par des lésions myocardiques préexistantes.

Les mêmes considérations sont valables pour la bradycardie ictérique, fausse bradycardie elle aussi, liée à des phénomènes extrasystoliques. Existe-t-il réellement une bradycardie déterminée par l'urémie, par les poisons urémiques? Rien ne le démontre encore, ces sujets ayant de multiples raisons de présenter des altérations du rythme cardiaque.

Le DIAGNOSTIC de la bradycardie doit se faire avec les arythmies qui peuvent la simuler. On y parvient facilement aujourd'hui par la méthode graphique.

Les troubles nerveux tel que vertiges, syncopes, convulsions, sont fonction de la bradycardie, et il n'est pas de ralentissement du cœur qui ne puisse les provoquer quelle que soit sa cause, pourvu qu'il soit porté à un degré suffisant ; ils sont dus à l'ischémie cérébrale que détermine la suspension de l'activité ventriculaire ; nous sommes loin de la maladie d'Adams-Stokes considérée comme affection bulbaire rendant compte de la coexistence des troubles nerveux et du ralentissement du cœur. Le syndrome d'Adams-Stokes peut survenir au contraire au cours d'une bradycardie de cause quelconque pourvu qu'elle soit poussée assez loin. Il est habituel au cours de la bradycardie d'origine intra-cardiaque, surtout dans sa forme paroxystique. Il n'est pas besoin qu'elle soit poussée très loin pour que les vertiges apparaissent ; il faut qu'elle soit assez prononcée pour que l'on assiste aux crises syncopales et qu'elle atteigne les limites extrêmes pour que les accidents convulsifs apparaissent.

La perte de connaissance a été notée dans les observations de bradycardie d'origine pneumogastrique. Les mêmes accidents nerveux, mais ne dépassant pas l'état vertigineux, peuvent apparaître même dans des cas où le ralentissement des battements du cœur n'est pas lié à une véritable bradycardie, mais à un simple espacement des deux contractions ventriculaires, lié lui-même à des extrasystoles très précoces.

M. Louis GALLAVARDIN (de Lyon), 2e rapporteur. — La séméiologie de la bradycardie comporte :

1° *L'étude* de la bradycardie L'examen du pouls artériel suffit d'ordinaire à dévoiler l'existence d'une bradycardie, mais il doit toujours être complété par l'examen du cœur, qui renseignera de façon plus exacte sur le nombre des battements ventriculaires et par l'étude du pouls veineux qui inscrira les contractions auriculaires droites. En cas de doute ou dans les faits difficiles, on pourra encore recourir à l'examen du pouls œsophagien qui enregistre les contractions de l'oreillette gauche, ainsi qu'à l'examen radioscopique et aux courbes d'électro-radiogramme qui peuvent donner des renseignements du plus haut intérêt sur les contractions des différentes cavités cardiaques.

2° Les *modifications* de la bradycardie. Ralentissements passagers et transitoires, ralentissements durables et chroniques, ceux-ci étant permanents et fixes ou présentant des variations pouvant aller jusqu'au paroxysme bradycardique, à l'accès arythmique et même tachycardique.

3° Les symptômes sont dus à l'anémie cérébrale déterminée par le ralentissement excessif des battements du cœur ; à côté des accidents nerveux bien caractérisés, vertiges, syncopes, crises apoplectiformes ou épileptiformes qui ont suffi à individualiser nettement tout un groupe de ralentissements du pouls (syndrome de Stokes-Adams), il peut exister d'autres accidents nerveux d'aspect plus flou, plus indécis et qui relèvent d'ailleurs du même mécanisme.

En cas de mort, les recherches nécropsiques doivent être complètes et porter notamment sur le cœur, et particulièrement le faisceau de His, le système nerveux : filets du plexus cardiaque à la base du cœur, tronc du pneumogastrique, centres encéphaliques et surtout bulbaires.

L'analyse des bradycardies faites méthodiquement conduit à cette conclusion qu'il y a des fausses bradycardies où le ralentissement du pouls n'est qu'apparent et relève seulement de contractions cardiaques affaiblies, avortées, impuissantes à donner une ondulation artérielle appréciable au doigt ou au sphygmographe ; qu'il y a des bradycardies qui n'intéressent que les cavités ventriculaires, alors que les oreillettes continuent à se contracter suivant le rythme normal ; qu'il y a enfin des bradycardies qui intéressent le cœur dans son entier, atteignant à la fois l'oreillette et le ventricule. D'où la division en : 1° *pseudo-bradycardies* ; 2° *bradycardies ventriculaires* ; 3° *bradycardies totales*.

Ajoutons qu'à ces trois variétés de bradycardies, on a voulu ajouter récemment une quatrième variété, à savoir des *bradycardies unilatérales* Elles seraient dues à un défaut de fonctionnement d'une moitié du cœur, ou tout au moins d'un des deux ventricules, et donneraient lieu, par dissociation non plus transversale, mais verticale du cœur, à *l'hémisystolie*. Mais la question est très controversée.

Mais la clinique ne peut encore se superposer à l'analyse, et cliniquement il faut distinguer :

a) — Les b. *physiologiques ou tolérées* ; b) — les b. *respiratoires* ; c) — les b. *nerveuses* ; d) — les b. des *anémiques*, des *surmenés*, *des cachectiques* ; e) — les b. *des intoxications et auto-intoxications* ; f) — les br. *ictériques* ; g) — les br. *dans les cardiopathies* ; h) — les br. *post infectieuses* ; i) — le *syndrome* de *Stokes-Adams* cardiaque, pneumogastrique, bulbaire. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Gynécologie opératoire, par H. HARTMANN, un vol. de 498 pages, avec 422 figures. (G. Steinheil, éditeur, Paris, 1911.)

Ce volume fait partie du grand *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale* publié sous la direction de MM. Berger et Hartmann. Le nom seul de son auteur suffit à le recommander : il est le résumé d'une très longue et brillante pratique et de l'enseignement donné à la Faculté, depuis plus de dix ans, par M. Hartmann, comme chef des travaux, puis comme professeur de médecine opératoire.

Malgré son titre, cet ouvrage n'est pas un simple traité de technique chirurgicale. La description des procédés opératoires en constitue évidemment la partie essentielle : elle est complète, claire et détaillée ; l'illustration, élément capital d'un livre de ce genre, en est très riche et rend facile la lecture du texte. Mais, à côté des chapitres de pure technique, on trouvera un exposé complet de la thérapeutique gynécologique non sanglante : la petite gynécologie si utile dans la pratique courante (injections vaginales et intra-utérines, tamponnements, dilatation, pessaires, etc.) ; les applications de la physiothérapie aux affections de l'appareil génital (électrothérapie, massage, cures hydro-minérales) sont méthodiquement étudiées. Des renseignements précis sur les indications et les résultats de chaque opération, des chapitres spéciaux consacrés au traitement des maladies inflammatoires, des néoplasmes, des déviations et déplacements utérins, de la grossesse extra-utérine, des troubles menstruels et de la stérilité, font de cet ouvrage un traité complet de thérapeutique gynécologique.

Les indications spéciales créées par la coexistence de la grossesse et les effets de diverses interventions sur les grossesses ultérieures ont été l'objet de l'attention spéciale de l'auteur, qui leur a consacré tous les développements utiles.

Basé sur une documentation et sur une expérience personnelle très étendues, le livre de M. Hartmann sera un guide précieux pour tous ceux qui s'intéressent à la gynécologie.

Ch. LENORMANT.

Catéchisme de prophylaxie sanitaire et morale à l'usage des mères de famille, par le Dr Suarez de Mendoza, préfaces de M. Emile Loubet et de M. le Dr L.-G. Richelot. Volume de 358 pages. (Baillière et fils, éditeurs, Paris.)

C'est le recueil de conférences, de communications aux divers congrès et autres sociétés savantes, brochures, articles dans les périodiques, que l'auteur vient de réunir sous le titre générique de *Catéchisme de prophylaxie sanitaire et morale*.

Cet ouvrage est appelé à rendre des services à tous ceux qui s'occupent du relèvement physique et moral de l'humanité.

REVUE GÉNÉRALE

Les intoxications alimentaires ;

Par M. E. SACQUÉPÉE.
Médecin-major de 2e classe,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Comme beaucoup d'autres expressions médicales consacrées par l'usage, le terme « *intoxications alimentaires* » n'est pas absolument correct : il désigne en effet (1) *des accidents d'apparence toxique, éveillant l'idée d'une intoxication d'ordre chimique, consécutifs à l'ingestion d'un aliment, et sans que l'expertise permette de déceler dans cet aliment la présence d'un poison chimique nettement défini.* En fait, et d'après cette définition, le chapitre « intoxications alimentaires » ne comprend pas l'étude des intoxications proprement dites véhiculées par les aliments, comme les empoisonnements par la strychnine, l'arsenic, etc. ; nous verrons que leur cause intime est à peu près toujours une infection ou une toxi-infection microbienne ; s'il existe en pareil cas des poisons, des toxines, ces substances sont un produit de l'activité vitale des germes.

Les empoisonnements alimentaires ont commencé à attirer l'attention vers la fin du XVIIIe siècle ; à cette époque, on vit survenir dans l'Allemagne du Sud de véritables épidémies d'intoxications violentes, dont la cause était presque toujours l'ingestion de saucissons de mauvaise qualité ; c'est de là que leur est venu le nom, si souvent usité, de *Wurstvergiftung* (empoisonnement par les saucisses). Dans la suite, des épisodes de même ordre ont été relatés dans tous les pays ; les progrès incessants de l'hygiène publique, peut-être aussi la consommation croissante de viandes crues, expliquent sans doute suffisamment pourquoi leur nombre paraît s'accroître singulièrement depuis une vingtaine d'années (2). Mais leur fréquence, au moins sous forme grave, n'est pas la même dans tous les milieux ; il paraît certain que les épidémies sévères menacent constamment certains pays : l'Allemagne, la Belgique, la Hollande, la Suisse ; en France, les alertes de ce genre paraissent moins fréquentes, mais elles ne sont nullement exceptionnelles. Rappelons quelques chiffres : en Allemagne, Ostertag signale 55 épidémies, de 1880 à 1894, avec 2.700 cas et 32 décès ; en Belgique, de 1896 à 1901, Van Ermengem et de Nobelé ont décrit 8 épidémies sévères. En France, la statistique médicale de l'armée est seule à même de nous fournir des renseignements précis, tout élément suivi d'information faisant défaut pour la population civile : de 1886 à 1905, l'armée française présente 1804 atteintes — soit environ 180 par an — avec 5 décès. La population civile n'est d'ailleurs pas épargnée : tantôt provoquées par la viande (Sergeant, Sergent, Netter et Ribadeau-Dumas, etc.), tantôt provoquées par les crèmes de pâtisserie (Lecoq, Peytoureau, etc.), elles ont plus d'une fois appelé l'attention scientifique.

En fait, les intoxications alimentaires sont d'observation courante, mais elles passent le plus souvent inaperçues, parce que des circonstances diverses ne permettent que rarement de rapporter les accidents à leur véritable cause. Il est utile de les connaître, car on peut ainsi les dépister, les comprendre et, dans une large mesure, les éviter.

A l'heure actuelle, on est d'accord pour classer les intoxications alimentaires en deux grands groupes :

1° *Les accidents gastro-intestinaux* ;
2° *Le botulisme.*

Au point de vue pratique, le premier groupe est de beaucoup le plus important ; il comprend la presque totalité des épidémies contemporaines, le botulisme paraissant devenir d'une exceptionnelle rareté.

***

A. Les intoxications gastro-intestinales.

Il est nécessaire d'établir une subdivision, basée sur l'étiologie. La grande majorité des accidents gastro-intestinaux, les huit-dixièmes au moins pour les observations précises, sont provoquées par des germes du groupe *Salmonelloses* ; d'autres, moins fréquents, sont dus au *proteus* ; plus rarement encore, on incrimine l'*entérocoque*, le *colibacille*, ou d'autres agents pathogènes.

***

I. Empoisonnements provoqués par les Salmonelloses.

A ce groupe appartiennent les faits le plus complètement étudiés jusqu'ici.

Au point de vue clinique, la plupart des accidents de cet ordre évoluent sous l'aspect de la *gastro-entérite* ; quelques-uns revêtent l'expression symptomatique du *choléra nostras* ; dans quelques épidémies, on a enfin noté une évolution identique à celle des *infections typhoïdes.* Esquissons rapidement les particularités de ces diverses formes.

La gastro-entérite se caractérise par les symptômes habituels bien connus. Généralement, les phénomènes digestifs sont le plus prononcés : vomissements ou nausées, pesanteur d'estomac, coliques et diarrhée manquent rarement. A ces troubles localisés se joignent des symptômes généraux : céphalée, éblouissement, fièvre plus ou moins élevée avec tachycardie, fatigue générale souvent très accusée, hors de proportion avec le reste du syndrome. Ces différents symptômes sont plus ou moins intenses ; seuls, les troubles digestifs sont à peu près constants ; ils peuvent constituer à eux seuls, sous forme de diarrhée simple, toute la réaction clinique de l'intoxication. En tous cas, la diarrhée fait rarement défaut ; les selles sont liquides, tantôt jaunâtres, tantôt brunâtres, parfois fétides. Il existe exceptionnellement du ténesme et des selles sanglantes, réalisant avec les coliques un syndrome dysentériforme (Jacobson). Ces diverses manifestations apparaissent tantôt simultanément, tantôt tour à tour, le début pouvant se faire suivant les cas par les troubles digestifs ou par certains phénomènes généraux ; quelques heures suffisent pour que tous les signes essentiels aient fait leur apparition.

L'évolution de ces accidents est très irrégulière ; nombre de malades ne s'alitent même pas ; d'autres guérissent en quelques jours, rarement quelques semaines (Gärtner, Rocchi, etc.). Mais la convalescence est souvent assez lente, les malades restent pendant longtemps apathiques, fatigués, et bien souvent ne se retrouvent pas dans l'état normal avant un mois.

Quand les accidents sont plus sévères, ils revêtent parfois un aspect typhoïde ; la fièvre est élevée, la prostration est extrême, sans que les troubles digestifs soient très accusés ; manifestement, la maladie se comporte comme

(1) Je répète ici la définition donnée dans mon ouvrage « Les empoisonnements alimentaires (1 vol. des *Actualités médicales*). Le lecteur trouvera dans ce volume des renseignements plus explicites sur le sujet que résume cette *Revue*.

(2) Voir pour la relation des épidémies : Sacquépée, *loc. cit.* — Polin et Labit : Les empoisonnements alimentaires, Paris, 1890. — Drouineau : *Thèse Lyon*, 1893-94. — Sergeant : *Thèse Lyon*, 1903-04.

une intoxication générale de l'organisme (Van Ermengem, Rocchi).

Ces accidents durent quelques jours, et se terminent parfois par la mort ; il va sans dire qu'ils n'ont rien à voir avec la fièvre typhoïde vraie, dont ils ne présentent ni l'évolution, ni la roséole, ni l'infection sanguine.

Il n'en est pas toujours ainsi ; l'histoire médicale a enregistré la curieuse narration des « épidémies suisses », toutes survenues dans les environs de Zurich. Les mieux étudiées furent celles de Kloten (Huguenin, Waldner), de Würenlos (Wyss), de Birmenstorf (Huguenin), de Spreitenbach (Nieriker). Dans chacune de ces épidémies, toutes consécutives à l'ingestion de viande de veaux ou de vache, on vit évoluer côte à côte des gastro-entérites simples et des maladies absolument identiques à la fièvre typhoïde dans leurs grands symptômes et dans leur évolution. A Spreitenbach, par exemple, 40 personnes furent empoisonnées par la viande d'une vache morte de métrite septique, beaucoup d'entre elles ne présentèrent qu'une gastro-entérite, d'intensité très inégale ; 11 autres furent atteintes de fièvre typhoïde bien caractérisée, avec habitus typhique, taches rosées, splénomégalie, météorisme, fièvre continue, etc. L'incubation avait duré 3 à 19 jours. Ces faits sont assurément très curieux ; et, chose non moins étonnante, jamais, depuis l'épidémie de Spreitenbach, on n'a enregistré d'événements analogues. Il existe donc une fièvre typhoïde due à l'infection de la viande ; mais, jusqu'ici, c'est uniquement l'histoire des épidémies suisses qui le démontre.

Par contre, si la forme d'infection typhoïde est rare, la forme de *choléra nostras* est beaucoup plus fréquente ; c'est en effet sous l'aspect du choléra nostras qu'évoluent d'habitude les intoxications sévères. Les vomissements sont incessants, les selles aqueuses ou riziformes ; pâleur du visage, anxiété, rapidité et faiblesse du pouls, etc., tout évoque le souvenir du choléra. Telle cette observation de Van Ermengem (1) : un inspecteur des viandes de Gand, mange, le 26 octobre, 3 rondelles de cervelas, prélevé pour expertise parce qu'on l'accusait d'avoir provoqué des accidents ; le 27 et le 28, apparaissent de la diarrhée et des vomissements, un peu de fièvre ; le 29, selles ocreuses ; anxiété, mydriase, urine brunâtre (hématurie ?) ; le 30, algidité, aphonie presque complète, prostration, anurie, incontinence du sphincter anal, T. 35°5 ; le 31, collapsus ; mort dans la nuit. Même évolution générale dans nombre d'autres cas (Gärtner, Heller, etc.), mais la mort survient souvent plus tôt, parfois en 40 heures (Tiberti) et même en 24 heures (Drigalski). Quand le malade se rétablit, on assiste parfois à une véritable phase de réaction, comme dans un cas de Sergent (2).

La diarrhée simple d'une part, le choléra nostras d'autre part, constituent les deux expressions morbides extrêmes des intoxications alimentaires ; entre la bénignité de la première et la sévérité dramatique du second, s'étagent toute une série de formes mal différenciées, formant comme une chaîne ininterrompue. Nous sommes bien habitués en clinique à voir une même cause produire ainsi des effets extrêmement variables, au gré de circonstances qui dépendent des microbes, des milieux, des individus. Au cours d'une même épidémie, on peut voir ainsi évoluer des formes anodines chez certains sujets, des formes graves chez d'autres ; des 80 victimes de l'épidémie de Morseele (3), par exemple, certaines présentèrent simplement de l'anorexie, des vomissements, plus ou moins de diarrhée, avec de la faiblesse et de l'amaigrissement ; d'autres, plus sévèrement touchées, avaient des vomissements incessants, des selles bilieuses, très fétides, très nombreuses, des coliques très vives, une sensation d'extrême faiblesse, des vertiges, une tendance syncopale ; la température, normale les premiers jours, s'élevait ensuite jusqu'à 39° et même 40°. Dans les 4 cas mortels, outre les phénomènes digestifs, il survint de l'algidité, de l'aphonie, des lividités, de l'hypothermie, du collapsus. Au cours de cet épisode, comme dans bien d'autres, les formes cliniques les plus bénignes voisinent avec les atteintes mortelles.

(1) Van Ermengem. — *Rev. d'Hygiène*, 1897.
(2) Sergent. — *Tribune médicale*, 1907.
(3) Van Ermengem. — *Bull. Academ. méd. Belgique*, 1892.

Quelle que soit la gravité clinique, on peut voir survenir des phénomènes insolites. Les plus curieux sont les éruptions cutanées, de nature très diverse ; c'est tantôt une roséole analogue à celle de la fièvre typhoïde (Van Ermengem, Lévy et Fornet), tantôt l'herpès (Herman, Kœnsche, Van Ermengem), ou de l'urticaire, ou même des pétéchies et des ecchymoses scorbutiques (Van Ermengem). Gärtner, Gaffky et Paak, etc., signalent une desquamation cutanée, survenant pendant la convalescence. D'autres complications sont plus gênantes ou plus sérieuses : ainsi les douleurs dans les mouvements des yeux (Drigalski), parfois la mydriase, surtout la néphrite hémorrhagique (Tromme, Van Ermengem).

La *gravité* est extrêmement variable, on peut d'ailleurs s'en rendre compte par les descriptions qui précèdent. Les formes bénignes ou moyennes sont de beaucoup les plus nombreuses. On voit des épidémies entières évoluer sans qu'on puisse observer une seule atteinte véritablement sévère. Plus rarement, exceptionnellement même, presque tous les cas sont graves ; on observe alors une mortalité élevée, 4 décès sur 36 malades (Heller), 3 sur 24 (Babès). En moyenne, la mortalité est faible, elle est d'environ 1,5 p. 100 (42 décès sur 2922 atteintes).

Les *lésions anatomiques* ont été assez peu étudiées. La plupart des autopsies concordent néanmoins. Dans les premiers jours, on constate de la congestion et de l'inflammation du tube digestif, de la tuméfaction des follicules clos, souvent des taches ou suffusions hémorrhagiques (Van Ermengem, Vagedes, Tiberti, etc.). Plus tard, on rencontre des ulcérations, le plus souvent localisées au gros intestin, parfois des plaques gangréneuses et des ecchymoses viscérales (Van Ermengem, Heller, Holst). On voit que ces lésions n'ont rien de spécifique ; mais elles diffèrent néanmoins de celles habituellement observées dans la plupart des maladies intestinales.

***

L'*étude bactériologique* présente une importance capitale. Depuis Gärtner (1), le rôle pathogène du *bacillus enteritidis* a été bien des fois confirmé ; mais le bacille de Gärtner n'est qu'un des représentants d'une famille microbienne, la famille des *Salmonelloses* (2). Parmi celles-ci, deux espèces ont été jusqu'ici rencontrées dans les épidémies d'empoisonnements alimentaires : le *bacillus enteritidis, type Gärtner* ; et les bacilles du *type Aertrycke.* Les deux espèces sont identiques dans leurs propriétés culturales ou biologiques, elles se différencient par l'étude des agglutinines (de Nobelé, Durham, etc.), et des sensibilisatrices (Sacquépée). Parmi les épisodes les plus connus, ceux de Frankenhausen (Gärtner), de Bruxelles, Gand (Van Ermengem, etc.), étaient provoqués par le type Gärtner ; au contraire, c'est le bacille type Aertrycke qui

(1) Gartner. — *Correspondenzbl. der Allgem. arztl. Vereins v. Thüringen*, 1888.
(2) E. Sacquépée. — Les Salmonelloses. (*Bull. Inst. Pasteur* 1907.)

fut rencontré dans les épidémies de Aertrycke (de Nobelé), Breslau (Kœnsche), Dusseldorf (Trautmann), Paris (Netter et Ribadeau-Dumas, etc.). Jusqu'ici, le type Aertrycke paraît beaucoup plus souvent en cause que le type Gärtner.

L'un et l'autre germes, le bacille type Aertrycke et le bacille type Gärtner, présentent certaines propriétés biologiques qu'il est utile de connaître. *Ils sont pathogènes par ingestion* ; *ils sécrètent des poisons thermostabiles*.

Le pouvoir pathogène par ingestion est établi par un nombre considérable d'expériences ; les animaux les plus sensibles sont la souris et le cobaye, la souris surtout, animal d'épreuve d'une extrême sensibilité dans toute expertise portant sur les empoisonnements alimentaires. Le veau (Van Ermengem, Basenau), le singe (Van Ermengem), après ingestion de cultures, présentent des phénomènes de gastro-entérite très analogues à ceux qui ont été observés dans l'espèce humaine. Des expériences précises, l'une tout à fait accidentelle (Van Ermengem), l'autre voulue (Pœls et Dhont) ont prouvé en outre que des aliments artificiellement infectés par le *bacillus enteritidis* sont pathogènes pour l'homme par ingestion. Ce microbe est un de ceux, assez rares, qui sont capables de reproduire expérimentalement les maladies humaines ; et son aptitude à provoquer des infections par voie digestive est très caractéristique, car une telle propriété, surtout vis-à-vis d'un grand nombre d'espèces animales, est très peu répandue dans le monde des infiniment petits.

Non moins intéressante est la sécrétion de *poisons thermostabiles*, c'est-à-dire résistant à la chaleur. Elle explique nombre de faits étiologiques. Cette propriété a été mise en évidence pour la première fois par Gärtner ; nombre d'auteurs dans la suite ont confirmé ses observations. Le bacille succombe en 10 ou 15 minutes à 65° 70° ; mais les cultures restent toxiques après chauffage à 100° alors que les microbes sont tués depuis longtemps. Un chauffage à 100° pendant 10,20 même 30 minutes, n'atténue pas sensiblement le pouvoir toxique ; au bout d'une heure, la toxicité baisse, mais n'est pas anéantie (B. Fischer). Même stérilisés par la chaleur, les aliments infectés par les salmonelloses peuvent donc se montrer dangereux ; c'est ce que l'observation a démontré, comme nous le verrons plus loin.

Les deux propriétés essentielles qui précédent intéressent plus immédiatement la médecine et l'hygiène, et c'est à ce titre qu'on les a rappelées. Elles ne sont pourtant pas spécifiques ; on les rencontre en effet chez quelques bactéries voisines du *bacillus enteritidis*, et dont il est nécessaire de dire maintenant quelques mots.

On a vu plus haut que les salmonelloses toxi-alimentaires se divisent en deux groupes, type Gärtner et type Aertrycke ; mais il existe un très grand nombre d'autres salmonelloses, absolument identiques aux bacilles précédents dans leurs caractères principaux. L'agglutination permet de les ranger pour la plupart dans le groupe Aertrycke ; parmi les bacilles que les épreuves de laboratoire ne peuvent pas différencier du type Aertrycke, il y a lieu de signaler le bac. du hog-choléra (Salmon), le bacille paratyphique B (Achard et Bensaude), le bacille du typhus des souris de Lœffler, le bacille de la psittacose (Nocard), etc.; moins répandus sont les bacilles identiques au bacille de Gartner, comme le Ratin des Allemands et probablement le virus des rongeurs de Danycz.

Ce fut une assez grande surprise il y a quelques années que de constater l'analogie étroite de germes aussi divers dans leur origines ; toutes les méthodes expérimentales connues furent à l'envi mises en œuvre pour arriver à séparer les uns des autres le bacille Aertrycke, le bacille parathyphique B, le virus de Lœffler, etc. ; les efforts tentés dans cette voie n'ont pas été couronnés de succès ; devant les épreuves de laboratoire, tous ces bacilles sont équivalents.

Au point de vue médical, ce chapitre est un des plus curieux et des plus impressionnants de la bactériologie contemporaine. On trouve des agents pathogènes identiques dans les empoisonnements alimentaires, les infections paratyphoïdes, la psittacose de l'homme, dans le hog-choléra du porc, le typhus des souris ; pourtant et jusqu'ici, la clinique n'avait guère marqué de liaison entre ces différentes maladies. En ce qui concerne les premières, les infections paratyphoïdes, elles ne ressemblent que lointainement aux empoisonnements alimentaires, au moins dans la grande majorité des cas. Pourquoi donc un même microbe provoque-t-il ici une maladie toxique analogue au choléra, là une infection analogue à la fièvre typhoïde ? Sans doute par suite des circonstances si variables du milieu extérieur. Trautmann, dont la formule fait autorité au delà du Rhin, proclame que l'*intoxication par la viande est une forme aiguë, le paratyphus une forme subaiguë d'une maladie infectieuse, une au point de vue étiologique.* Mais cette formule même n'est que la traduction d'un fait établi ; elle n'explique rien. Trautmann le comprend ainsi d'ailleurs, et il ajoute que dans l'intoxication, on ingère beaucoup de germes et de toxines, mais cette ingestion massive provoque des efforts d'expulsion (vomissements et diarrhée) qui débarrassent l'organisme de germes, ce qui évite toute infection ultérieure ; au contraire, dans le paratyphus, l'homme absorbe peu de germes, ceux-ci pullulent peu à peu et développent l'infection paratyphoïde au bout de quelque temps, comme dans la fièvre typhoïde. Pour des raisons diverses, l'hypothèse de Trautmann est fort intéressante, séduisante même à certains points de vue ; mais elle se heurte à des objections très sérieuses, qui ne permettent pas de l'accepter sans correction. Les deux plus sérieuses sont les suivantes. Au cours des épidémies d'empoisonnements alimentaires, il est tout à fait exceptionnel de constater des infections ayant le décours de la fièvre typhoïde ; pourtant, le bon sens proclame qu'un certain nombre de personnes n'ont absorbé que très peu de germes. D'autre part, il a été constaté que dans les épidémies d'empoisonnements, des individus peuvent très bien être infectés par un bacille identique au bacille paratyphique B, sans présenter aucun symptôme morbide (Prigge et Sachs-Müke), sans être atteints d'infection paratyphoïde. En fait, il est probable que certaines qualités du microbe sont capables de se modifier suivant les circonstances, en particulier suivant le milieu dans lequel ils vivent ; et ce sont ces qualités acquises qui leur donnent tantôt les attributs brutalement toxiques des bacilles des intoxications, tantôt le caractère progressivement infectant des bacilles paratyphiques.

Il est fort vraisemblable qu'il en est de même pour d'autres germes du même groupe, le bacille du hog-choléra et les virus des rongeurs. Pour le premier, on sait qu'il est souvent présent, et en grande abondance, dans les tissus et organes des porcs atteints de pneumo-entérite ; pourtant, les viandes de tels animaux sont généralement consommées sans danger. Mais nous verrons que la viande de porc est celle qui se montre le plus souvent toxique, et la cause de sa toxicité est précisément la présence de germes que rien ne différencie des bacilles du hog-choléra ; ce dernier est donc tantôt indifférent, tantôt toxique, sans que nous connaissions la cause de ces inégalités

d'action. On a émis l'hypothèse que certaines variétés seulement du hog-choléra seraient toxiques (de Nobelé, Citron, etc.), hypothèse qui ne fait d'ailleurs qu'enregistrer un fait acquis. Quant aux virus des rongeurs, il ne paraît pas douteux que certains tout au moins puissent être éventuellement dangereux pour l'homme, en particulier quand ils ont été mélangés aux aliments ; les observations de Trommsdorff, celles plus précises et parfois dramatiques de Shibayama et de Fleischanderl (1), sont aussi démonstratives qu'il est permis de le désirer.

Les germes précédents étaient considérés naguère comme étant tous spécifiques de maladies différentes ; il semble beaucoup plus logique de voir en eux, à l'heure actuelle, des représentants d'une même espèce, ou de deux espèces, type Gärtner et type Aertrycke, simplement adaptés à des organismes différents, les uns habituellement pathogènes pour le veau, d'autres pour le porc, etc., mais tous susceptibles à un moment donné d'emprunter aux circontances ambiantes des proprétés toxiques pour l'homme. Une au moins de ces circonstances ambiantes est connue, nous y reviendrons plus loin : c'est l'état de maladie des animaux destinés à la consommation. Mais, heureusement, il est extrêmement rare que des conditions aussi favorables se trouvent réalisées. Aussi, malgré la présence fréquente de salmonelloses dans les aliments, au moins en Allemagne (Rimpau, Rommeler, etc.), ces aliments infectés sont d'ordinaire consommés impunément ; il ne suffit pas que le germe s'y trouve, il faut aussi qu'il rencontre des conditions favorables à sa multiplication. De même, nombre d'auteurs ont pu déceler des salmonelloses dans les organes d'animaux sains, à l'abattoir ; ainsi Gardenghi, Uhlenluth, les ont rencontrées chez le porc, Andrejew chez le mouton, Cao chez divers animaux, Conradi chez le bœuf ; il s'agit là vraisemblablement d'infections agoniques par des germes habitant normalement l'intestin, et dont la présence n'empêche pas la viande d'être saine, si on ne prête pas aux microbes les conditions de développement qui leur sont nécessaires.

Il est un point de l'histoire bactériologique des Salmonelloses qui intéresse immédiatement le clinicien : c'est *l'étude des propriétés spécifiques des sérums*.

Nous avons vu que les Salmonelloses comprennent deux groupes : les bacilles type Gärtner d'une part, les bacilles type Aertrycke d'autre part. Or, le sérum des malades empoisonnés par le b. Gärtner agglutine ce bacille et les autres échantillons du même groupe, sans avoir d'action bien marquée sur les bacilles Aertrycke. Inversement, le sérum des malades empoisonnés par le bacille Aertrycke agglutine ce bacille, mais n'impressionne que peu ou pas le bacille Gärtner. En cas d'intoxication alimentaire, le sérum, prélevé en temps utile (vers le 7e jour), peut donc fournir des indications intéressantes pour l'étiologie.

Mais l'étude des séro-diagnostics a révélé d'autres particularités. Chez les malades empoisonnés par le bacillle de Gärtner, le sérum agglutine non seulement ce dernier bacille, mais encore le bacille typhique (de Nobelé, etc.), parfois à des doses beaucoup plus élevées que le bacille de Gärtner lui-même (Rimpau). Inversement, les sérums typhiques agglutinent souvent le bacille de Gärtner. A lui seul, le séro-diagnostic ne saurait donc faire le départ entre les infections éberthiennes et les infections gärtnériennes (réserve faite pour la saturation des agglutinines, qui ne paraît pas avoir été essayée) ; le diagnostic entre les deux infections sera fait par les circonstances étiologiques.

De même, le sérum des malades empoisonnés par le bacille Aertrycke agglutine, outre ce microbe, le bacille paratyphique B. D'autre part, le sérum des malades paratyphiques (bacille paratyphique B) agglutine le bacille Aertrycke. Ici encore, c'est aux notions étiologiques qu'il faudra faire appel pour établir le diagnostic différentiel.

La *pathogénie* des intoxications alimentaires par les Salmonelloses est très simple. Les propriétés dangereuses sont dues tantôt aux bacilles et à leurs toxines, tantôt aux toxines seules ; la première alternative est certainement de beaucoup la plus fréquente. Lévy et Fornet ont démontré que la présence de toxines est doublement aggravante ; elles agissent par elles-mêmes, et de plus elles exaltent la virulence du germe (aggressines). Or, ces toxines se trouvent présentes généralement en grande quantité, précisément parce qu'il s'agit d'empoisonnements par les aliments, c'est-à-dire par des substances tout aussi nutritives pour les microbes que pour nous. Dans ce cas, l'aliment ne joue pas simplement un rôle de véhicule, il intervient comme milieu de multiplication microbienne. N'est-ce pas avec la viande, aliment le plus souvent toxique, qu'on prépare en bactériologie le bouillon, si favorable au développement des germes ?

***

Les *aliments toxiques* sont, en effet, comme nous allons le voir, tous de très bons milieux de culture. Sur 58 épidémies certainement causées par des Salmonelloses, étaient provoquées :

12 par la viande fraîche de porc :
7 par la viande fraîche de veau :
7 par la viande fraîche de vache ;
7 par la viande fraîche de bœuf ;
7 par la viande fraîche de cheval ;
1 par la viande fraîche de mouton ;
2 par le hachis ;
1 par du saucisson de foie ;
2 par la viande de porc conservée ;
6 par des viandes conservées diverses (corned-beef, chèvre desséchée, cervelas, galantine à la gelée, foie d'oie, oie) ;
4 par les crèmes ou puddings ;
1 par les légumes ;
1 par le poisson.

Cette simple émunération fait ressortir quelques remarques générales. Si la plupart des aliments d'usage courant (sauf le pain) peuvent être incriminés, la viande tient, et de beaucoup, la première place, avec 52 épidémies sur 58 ; il s'agit le plus souvent de viande fraîche; 43 fois sur 52, plus rarement de viande conservée.

Envisageons d'abord le cas le plus habituel : l'*empoisonnement par viandes fraîches*. Toutes les espèces animales de consommation courante y sont représentées ; mais il y a lieu de mettre en relief la rareté relative des intoxications provoquées par le mouton. Le porc, les bovidés, tiennent le premier rang ; on sait que leur viande est de consommation très répandue. On ne saurait en dire autant du cheval ; malgré l'expansion de la boucherie chevaline dans ces dernières années, la consommation de viande de cheval ne peut être comparée, comme quantité, à celle des viandes de porc ou de bovidés. Pourtant, les épidémies provoquées par la viande chevaline sont parmi les moins rares. On peut trouver à cela deux causes principales : d'une part, l'usage de « viande crue » s'est largement répandu, surtout au point de vue thérapeutique, et

(1) Voir la relation des faits observés par FLEISCHANDERL dans un article antérieur : E. SACQUÉPÉE, *Revue d'Hygiène*, 1909, p. 663.

la chair du cheval y tient une large place, tant en raison de son prix peu élevé que de son renom d'innocuité ; d'autre part, le cheval n'est guère élevé à destination de boucherie, où il n'échoue d'habitude que par accident ou par maladie ; il y a donc trop de chances que le cheval conduit à la boucherie soit un animal malade, non un animal sain. Mais, quelle que soit la cause, le fait est là : la viande de cheval ne mérite pas la réputation d'innocuité que de nombreux auteurs lui ont prêtée ; elle est tout aussi dangereuse que les viandes de bovidés, peut-être même beaucoup plus. Il convient de le savoir et de ne pas se faire d'illusions à ce sujet.

Quel que soit d'ailleurs l'animal cause des accidents, le fait suivant doit être souligné : *les viandes toxiques proviennent à peu près toujours de bêtes malades.* Dans 23 cas, sur 43, on a pu avoir des renseignements sur l'état de l'animal avant et après l'abatage ; une seule fois (Herman, à Sirault), l'inspection est favorable ; dans tous les autres cas, 22 fois sur 23, la bête était malade. Il est vraisemblable que l'animal de l'épidémie de Sirault était atteint d'une infection récente, n'ayant pas laissé de traces anatomiques évidentes, bien qu'ayant envahi tout l'organisme par septicémie. Très souvent d'ailleurs, les animaux toxiques n'ont pas été soumis à l'inspection sanitaire, on devine pour quelle raison.

Les maladies relevées chez les animaux toxiques sont toujours des infections. Chez le veau, c'est l'entérite aiguë, la diarrhée (Van Ermengem, de Nobelé, etc.), parfois l'arthrite ombilicale : précisément, Pfeiffer, Titze, etc., ont reconnu que ces diverses affections s'accompagnent souvent de pullulation du *bacillus enteritidis* dans les organes ou tissus. Les vaches présentent le plus souvent des métrites ou d'autres accidents puerpéraux (Gärtner, Van Ermengem, etc.). Chez les porcs, c'est la pneumo-entérite qui semble tenir le premier rang (Pouchet, Rocchi, Baldoni, etc.). Enfin, les chevaux toxiques présentaient des lésions diverses : ulcérations précordiales (Gaffky et Paak), abcès (Drigalski), etc.

Les lésions sont, on le voit, très variables. Elles n'ont entre elles qu'un point commun : toutes sont de nature infectieuse ; à l'examen bactériologique, elles fourmillent de Salmonelloses. Nos connaissances sur l'expansion de ces germes dans les maladies du bétail sont encore un peu rudimentaires à l'heure actuelle, mais nos collègues vétérinaires paraissent avoir compris combien il serait important de nous fixer à cet égard ; leurs investigations étiologiques seront certainement très fructueuses.

Le *mode d'emploi* de la viande est susceptible d'expliquer nombre de particularités. Il a été souvent noté que les viscères, en particulier le foie, se montrent plus dangereux que la chair musculaire (Van Ermengem, etc.), observation qui s'accorde bien avec le rôle de fixateur de poisons, généralement attribué à cet organe ; c'est en grande partie pour cette raison que les pâtés, volontiers fabriqués avec les viscères, ont été maintes fois plus toxiques que la chair musculaire.

Une particularité beaucoup plus importante concerne la façon dont la viande a été préparée. Les viandes crues se montrent toujours beaucoup plus dangereuses que les viandes consommées cuites, lorsque toutefois la cuisson a été suffisante ; les cas d'intoxications mortelles rapportés par divers auteurs ont trait à des personnes qui ont fait usage de viande crue ou mal cuite (Gärtner, Gaffky et Paak, etc.). Il ne faut pas croire d'ailleurs qu'une viande cuite soit nécessairement stérilisée ; les recherches de Vallin ont depuis longtemps montré que dans les viandes rôties ou bouillies, la température centrale n'atteint que rarement le degré nécessaire pour tuer les germes pathogènes ; Rimpau, dans une épidémie récente, a trouvé des bacilles vivants dans une viande cuite, dont une partie avait été consommée et avait provoqué des accidents. La plupart du temps, les viandes toxiques ne sont certainement pas stériles, les bacilles pathogènes y persistent à l'état vivant. Dans d'autres cas toutefois, les aliments ingérés étaient sûrement stérilisés, au moins il ne pouvait y persister de germes pathogènes ; il en était ainsi dans l'épidémie de Neunkirchen, où une partie de la viande, en petits fragments, avait été cuite à plusieurs reprises (Drigalski) ; dans celle de Frankenhausen, où le bouillon lui-même, pourtant stérilisé en raison de son mode de fabrication, provoqua néanmoins des accidents (Gärtner). Ceci n'est pas surprenant, après ce que nous avons dit plus haut des poisons thermostabiles du *bacillus enteritidis.* Dans la pratique, on ne saurait donc tolérer l'emploi des viandes infectées par les Salmonelloses, quel que soit leur mode de préparation ; au moins est-ce la conclusion qu'on doit tirer des faits établis jusqu'à ce jour. Notons en passant une curieuse constatation de Rimpau : un bœuf de labour, sacrifié d'urgence, présentait un calcul vésical avec rupture de la vessie ; la viande fut consommée, et détermina des accidents dans certaines familles, tandis que d'autres familles de consommateurs furent respectées ; l'enquête montra que dans les familles indemnes, on avait laissé mariner la viande pendant 3 jours dans du vinaigre. C'est une cuisine peut-être un peu bizarre pour nos habitudes, mais dans le cas particulier son influence préservatrice paraît incontestable.

Nous avons vu que les viandes toxiques proviennent régulièrement d'animaux malades ; mais il ne faut pas en conclure que la chair musculaire présente toujours des altérations perceptibles à un examen grossier. Les viandes soumises à l'expertise se sont montrées le plus souvent tout à fait normales dans leurs caractères extérieurs, même quand l'animal était profondément infecté (B. Fischer, de Nobelé, etc.). Bien plus, les lésions viscérales sont parfois assez minimes ou assez peu caractéristiques pour que l'inspection vétérinaire se croie autorisée à ne pas interdire la vente (Basenau, Gärtner, etc.). Ceci nous indique combien est difficile la prophylaxie fragmentaire, si l'on peut ainsi dire ; une prophylaxie bien conduite doit s'adresser à l'animal entier, elle doit l'examiner vivant, puis après abatage ; c'est à cette condition seulement qu'elle pourra présenter quelque sécurité.

***

Les *viandes travaillées*, comme les viandes fraîches, ont causé nombre d'épidémies ; mais les conditions qui président à leur infection sont moins bien élucidées, et certainement plus complexes. Dans la plupart des épidémies par « viandes fraîches » un certain nombre de consommateurs ont fait usage de viandes travaillées ; en pareil cas, le « travail » en lui-même n'a pas eu grande importance, l'infection provenant d'une maladie de la bête, et non de conditions défectueuses dans la préparation des aliments.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans la confection des saucisses, du hachis, des cervelas, et de tous produits analogues, il intervient en effet deux ordres de circonstances qui prêtent à l'infection : d'une part, et en raison de leur composition même, souvent guidée par le goût du public, il est possible d'y glisser des aliments de rebut ou de qualité inférieure, des débris, des parties non vendues, parfois même des viandes avariées, dont le goût, l'odeur et l'aspect seront facilement voilés par des artifices de préparation ; d'autre part, pendant le travail, les

aliments sont exposés à des causes énormes d'infection, venant des outils, des personnes, des contacts avec d'autres aliments, des locaux etc. Les chiffres de Stroscher soulignent l'importance de ce deuxième mode de contamination : dans des hachis du commerce, Stroscher rencontre six millions de germes par gramme ! et si le hasard veut que tel ou tel de ces germes soit toxique pour l'homme, il pourra survenir des accidents qui sont dus non à une infection primitive de la viande, mais à une contamination ultérieure. Les causes immédiates de cette contamination ultérieure sont d'ailleurs multiples ; c'est parfois le simple contact, à la boucherie même, avec une viande notoirement infectée, comme dans une observation de Fromme : un porc présentant deux abcès (pyohémie ?) fut débité et consommé, et sa viande provoqua 32 intoxications ; en outre, une autre famille de trois personnes fut également empoisonnée, par du foie de bœuf qui s'était contaminé au contact du porc. Ou bien c'est, dans la boucherie, une cause imprécise, peut-être les instruments qui transmettent aux viandes saines les germes que vient de leur laisser une viande malade, comme le suppose très légitimement Trautmann pour la boucherie mal tenue de Dusseldorf. Il ne faut pas oublier enfin la contagion possible par l'homme lui-même, tant par le convalescent ou le porteur de bacilles que par le malade, quand il n'est pas trop atteint ou quand il est au début de sa maladie. Un tel mode de contamination est possible, mais difficile à démontrer ; j'ai rapporté ici même des exemples analogues concernant des maladies étiologiquement très voisines des intoxications, les infections paratyphoïdes, et toutes les réflexions ou observations que j'ai faites depuis lors n'ont pu que me confirmer davantage dans mon interprétation : les deux épidémies d'infections paratyphoïdes étaient provoquées par une contamination des aliments, et cette contamination, ce sont des cuisiniers malades qui l'avaient effectuée.

Les intoxications alimentaires sont trop voisines des infections paratyphoïdes pour n'être point susceptibles de reconnaître la même cause étiologique. En fait, il est probable que la viande fut infectée par un malade ou un convalescent, garçon de boucherie, dans l'épidémie d'empoisonnements rapportée par Liefman. Peut-être, mais c'est moins certain, en fut-il de même encore dans une épidémie de Berlin (Kutscher et Jacobson).

Mais ce n'est pas seulement dans les viandes travaillées suspectes qu'on a rencontré des bacilles du groupe *entéritidis* ; leur présence a été également signalée par Rimpau, Rommeler, Uhlenluth, Hubener et Xylander, etc., dans des saussissons tout à fait innocents, consommés sans danger. Ceci démontre surtout combien sont grandes les chances de contamination pour ce genre d'aliments. On a essayé d'aller plus loin, et sans nier la valeur pathogène des Salmonelloses, certains ont prétendu que la prophylaxie ne saurait prendre pour guide l'analyse bactériologique, puisque la présence des germes n'est pas nécessairement cause d'accidents ; en cela, les Salmonelloses se comportent comme la grande majorité des microbes pathogènes, dont l'action ne se fait sentir que si leurs qualités propres et les conditions de milieu d'une part, et l'aptitude morbide du terrain humain d'autre part, leur confèrent à un degré suffisant le pouvoir de provoquer des infections. Mais, en pratique, la constatation de Salmonelloses dans les viandes travaillées montre simplement que ces dernières sont toujours suspectes dans les conditions courantes de fabrication ; elle comporte comme corollaire la nécessité d'une surveillance rigoureuse, tant sur la fabrication que sur l'origine des produits.

Les épidémies provoquées par viandes travaillées ne diffèrent pas essentiellement des épidémies consécutives à l'ingestion de viandes fraîches ; certaines sont extrêmement graves, comme celles de Gand (Van Ermengem), de Bologne (Tiberti), de Gr.. (Heller) ; d'autres sont bénignes (Liefman). C'est dans ce groupe qu'il faut ranger l'épidémie de famille observée à Paris par Sergent, Netter et Ribadeau-Dumas (1) ; les accidents, assez sérieux, étaient dus à une galantine à la gelée.

***

Les *viandes conservées* sont plus rarement incriminées que les précédentes ; il est vrai que leur usage est plus restreint. On signale des empoisonnements par le jambonneau (Pottevin), par de la viande boucanée (Curschmann), etc. ; les conditions étiologiques sont les mêmes que pour les viandes travaillées, et il est probable que l'infection se fait généralement après l'abat.

Dans nos pays, les *empoisonnements par les crèmes*, en particulier par les gâteaux à la crème, ont retenu vivement l'attention il y a quelques années, en raison de leur gravité et de leur diffusion. Il suffit de lire le compte rendu des conditions étiologiques générales, des observations cliniques et des lésions anatomiques constatées en pareil cas, pour se rendre compte que ces empoisonnements par les crèmes ne diffèrent en rien de ceux que nous venons de décrire. En fait, dans les 3 seuls exemples où, à ma connaissance, l'enquête bactériologique ait donné un résultat probant, il a été démontré que les accidents étaient dus aux Salmonelloses (Vagedes, Curschmann, Prigge et Sachs-Müke). La question importante est de déterminer la provenance de ces germes, car c'est de cette connaissance que découle la prophylaxie. Ici encore, comme pour les viandes travaillées, deux éventualités sont possibles : ou bien l'un des composants était infecté ; ou bien le produit a été infecté après coup. La première éventualité était seule envisagée naguère, et parmi les produits qui servent à fabriquer les crèmes, on avait généralement tendance à incriminer les œufs ; mais on n'a jamais constaté dans les œufs aucune contamination par des Salmonelloses, tandis que le lait, autre composant des crèmes, en renferme parfois (Delépine, etc.) ; le lait me paraît être, aussi vraisemblablement que les œufs, une cause possible de contaminations. La deuxième éventualité s'est réalisée au moins une fois, dans un épisode rapporté par Prigge et Sachs-Müke : un boulanger malade (ainsi que d'autres personnes de sa famille) fabrique des crèmes et empoisonne — involontairement — ses clients. Les urines du boulanger renfermaient une Salmonellose (b. paratyphique B). Il est inutile de préciser davantage le mode de contamination ; c'est au cours de la fabrication qu'elle s'est produite.

Ici, comme pour les viandes avariées, c'est donc par un double mode que l'aliment peut se trouver infecté : ou par altération primitive des produits, ou par suite d'une contamination ultérieure, provenant de l'homme.

D'autres aliments, à titre plus exceptionnel que les précédents, ont pu causer des intoxications de même ordre. Il en est ainsi parfois des légumes (Rolly) et des poissons (Ulrich). Leur contamination est à peu près sûrement accidentelle.

II. *Empoisonnements provoqués par le proteus.*

Nous serons brefs sur ce sujet, déjà traité dans le même journal.

(1) Netter et Ribadeau-Dumas. — *Soc. de Biologie*, 1907.

Au cours de quelques épidémies, les empoisonnements étaient provoqués par l'une ou l'autre variété du Proteus. Les aliments toxiques étaient d'ordinaire des viandes (Lévy, A. Pfuhl, etc.), parfois les pommes de terre (Dieudonné).

Au point de vue clinique, les symptômes sont de même ordre que dans les empoisonnements par Salmonelloses ; il y a lieu de noter seulement une tendandce syncopale assez marquée.

L'incubation, souvent courte, peut ne durer que quelques heures.

Dans tous les cas, sans exception, il s'agissait d'aliments « avariés », c'est-à-dire infectés secondairement, par suite de mauvaises conditions de manipulation ou de conservation. La même altération accidentelle doit être invoquée dans une petite épidémie provoquée par la moutarde altérée (Bertarelli et Marchelli).

D'autre part, le proteus est détruit à des températures peu élevées, et ses toxines ne supportent pas davantage l'action de la chaleur. Une cuisson récente met donc sûrement à l'abri des accidents.

***

III. *Empoisonnements par l'entérocoque, le colibacille, le bacillus acidi lactici, etc.*

Le rôle pathogène de l'*entérocoque* est apparu tout à fait évident dans une épidémie étendue, mais bénigne, d'empoisonnement par le porc salé (Sacquépée). Quelques intoxications ont été attribuées avec vraisemblance soit au *colibacille,* soit au *bacillus acidi lactici.* B. Fischer, Ladensdorf, etc., ont accusé le *bacille coli,* au cours d'intoxications par les viandes ; Roger, à propos d'intoxications par des artichauts. Dold met en cause le *bacillus acidi lactici* dans une petite épidémie d'empoisonnement par le fromage. On a plus d'une fois attribué les accidents à bien d'autres bactéries encore, mais leur rôle pathogène n'est généralement pas suffisamment démontré.

B. Le Botulisme.

Infiniment rare à l'heure actuelle, presque inconnu dans nos régions, le botulisme est néanmoins intéressant en raison de certaines particularités cliniques et étiologiques.

Les accidents diffèrent totalement de ceux que nous avons étudiés précédemment ; les troubles digestifs sont, en effet, moins prononcés et moins éclatants que les symptômes nerveux. Quelques heures, en moyenne 12 à 24 heures après l'ingestion des aliments botuligènes, les malades se plaignent de pesanteur d'estomac, de nausées ou vomissements, de coliques, de constipation ; puis surviennent divers symptômes intéressant le système nerveux : ptosis, mydriase, ophtalmoplégie totale avec amaurose, diminution ou abolition des sécrétions, contracture du pharynx, crampes musculaires, ralentissement et assourdissement des bruits du cœur, aphonie, etc.; l'intelligence est le plus souvent intacte ; la température reste normale. L'un ou l'autre de ces symptômes peut être prédominant, mais dans l'ensemble l'allure clinique rappelle souvent beaucoup les affections méso-céphaliques. Ces accidents sont très graves ; ils entraînent la mort dans le tiers des cas environ.

Les circonstances étiologiques sont bien élucidées, bien spéciales à ce groupe.Tout aliment botuligène est conservé à l'abri de l'air (jambons, conserves de viande, saucissons, etc.) ; il a été consommé cru, ou dans tous les cas la cuisson a été insuffisante ; le nombre des atteintes est toujours plus élevé.

Ces constatations étiologiques s'expliquent très facilement par les propriétés du *bacillus botulinus,* agent pathogène du botulisme (Van Ermengem). Ce bacille est anaérobie ; il se développe mal dans l'organisme animal, alors qu'il pullule *in vitro,* en sécrétant une toxine très active, la toxine botulinique ; la toxine est seule cause des accidents ; elle est très atténuée par un chauffage d'une heure à 70°. Par ce simple énoncé, on comprend que le botulisme ne peut provenir que des aliments conservés, soumis à l'anaérobiose, et non d'aliments frais ; on voit comment une cuisson suffisante met sûrement à l'abri des accidents, il est enfin tout naturel que les victimes soient peu nombreuses, au moins le plus souvent, car les aliments de conserve (saucissons, viandes en boîtes, etc.) sont généralement destinés à un petit nombre de consommateurs.

***

Traitement des intoxications alimentaires.—Il est purement symptomatique. Dans tous les cas, il y a intérêt à vider autant que possible le tube digestif de son contenu : les lavages d'estomac, les purgatifs (si la diarrhée n'est pas excessive), l'entéroclyse, sont nos armes les plus habituelles. Il n'existe aucun contrepoison nettement défini ; mais on a remarqué bien des fois que l'usage de l'alcool, sous quelque forme que ce soit, avait atténué les accidents. On y aura recours d'autant plus volontiers que le même agent thérapeutique réalise également une autre indication, qui est l'emploi des excitants généraux ; outre l'alcool, on recommandera le thé, l'éther ; en cas d'accidents plus sérieux, il y aurait avantage à pratiquer des saignées suivies d'injections de sérum artificiel.

Prophylaxie générale. — Sans entrer dans les détails, on peut énoncer certaines mesures prophylactiques, dont la nécessité découle de l'exposé qui précède.

Dans toute collectivité, les viandes ne sauraient être mises en consommation qu'après examen sérieux du bétail, vu d'abord vivant, puis entier après abatage. La surveillance sera plus sévère encore pour les viandes foraines, qui sont plus exposées en raison du transport qu'elles sont appelées à subir.

La préparation des viandes travaillées (hachis, cervelas, saucisses, etc.), de même que la préparation de pâtisseries à base de crème, doit être soumise à des mesures de contrôle. Tous les composants (viandes, viscères, œufs, laits, etc.), seront de qualité irréprochable ; au cours des manipulations, on observera une propreté voisine de l'asepsie ; tout aliment ainsi préparé exige, pour sa conservation, une installation parfaite et bien entretenue (glacière par exemple) ; on exercera une surveillance rigoureuse sur la santé du personnel employé aux professions alimentaires (boucheries, pâtisseries, charcuteries, cuisines, laiteries, et autres professions analogues).

Chacun se rappellera que la cuisson prolongée et la consommation immédiate après cuisson sont susceptibles d'annihiler ou d'atténuer le pouvoir toxique des aliments contaminés.

Dans notre organisation sociale, l'Etat seul est en mesure d'imposer aux intéressés les mesures nécessaires ; mais l'initiative privée, de son côté, peut faire œuvre utile, d'une part en appliquant les règles prophylactiques en toute circonstance où elle peut le faire, d'autre part en assurant l'éducation hygiénique des personnes appelées par leurs professions à manipuler les aliments.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

GUY PATIN

Ce n'est pas moi qui exhume ce curieux personnage, c'est Pierre Pic (1).

Vous connaissez Pierre Pic ? Sous ce nom transparent, se dérobe à notre indiscrétion sympathique un de ces scaphandriers de l'histoire, qui ont le scrupule de n'amener à la lumière que des documents choisis, authentiqués, débarrassés de toute gangue encombrante ou trompeuse, affinés au besoin.

A ce point de vue, celui qui nous a déjà présenté *Les Heures libres* ainsi que *Les pilules apéritives à l'extrait de Montaigne*, et qui fouille continuellement dans le *passé para-médical*, ne plaisante jamais. C'est un commentateur terrible. Il vous dissèque un texte ! C'est à croire que Pierre Pic vit depuis longtemps et toujours dans le secret des chirurgiens. Mais que vois-je ? Le livre est précisément dédié à l'un des plus en renom parmi ces derniers, au professeur Pierre Delbet.

En fait, ce livre est un recueil de lettres écrites par Guy Patin à Ch. Spon, médecin et archéologue à Lyon. Et Pierre Pic, en commentant ces lettres, en tire argument contre le spirituel Doyen de la Faculté de Paris, en en faisant une « peste », un « raseur, discourtois et calomnieux ».

Certes, on savait que Guy-Patin était un polémiste acerbe, quoique pétillant d'esprit. Il l'a surabondamment démontré par ses philippiques contre l'Ecole de Montpellier, contre Théophraste Renaudot et contre tant d'autres, collègues ou amis, ainsi que dans son ardeur à défendre les prérogatives de la Faculté de Médecine de Paris. C'est d'ailleurs par sa verve, bien plus que par sa science, que Guy Patin s'est acquis une page dans l'histoire (2). Et l'on se demande s'il était bien utile (ici je m'adresse à l'éditeur de 1707) de publier, sans discernement, *toutes* les lettres de Guy Patin à Ch. Spon, sans faire abstraction courtoise de celles de ces lettres qui nous montrent Guy Patin sous un trop vilain jour.

Car cette correspondance privée n'était pas destinée à la publicité (3), et il est à mon sens au moins indélicat de fondre (tel un « corbeau » de Henri Becque) sur les tiroirs d'un mort, pour en arracher pêle-mêle, en dépit de l'auteur et du destinataire, d'intimes conversations. Pierre Pic, dans son honnêteté intransigeante, trouve lui-même qu'il peut y avoir comme de la trahison dans ces indiscrétions *post mortem*.

Ce n'est donc pas lui qu'on pourrait accuser de rancune séculaire contre Guy Patin aux yeux duquel les libraires étaient de « misérables bons à rien », et qui ne connaissait pas « de plus puans menteurs que ces gens-là ».

(1) Guy Patin, par Pierre Pic (1 vol. in-16 de 200 pages avec 74 portraits ou documents, chez G. Steinheil, Paris, 1911.)

(2) Guy Patin était un hypersceptique qui ne croyait pas au progrès de la medecine, et dont toute la thérapeutique se résumait en : saignée et purgation.

(3) « La postérité se passera aisément de mes écrits ; aussi n'ai-je pas beaucoup envie d'en laisser. Il n'y a que deux sortes de gens qui écrivent : les sages et les fous, et je me connais pour n'être ni l'un ni l'autre. De plus, la vie que nous menons à Paris est trop agitée. L'exercice de notre profession nous ôte cette tranquillité qu'il faut avoir quand on veut écrire pour l'éternité. (*Lettre à Spon*, 8 novembre 1658).

Il ne faut pas en vouloir d'avantage à celui qui s'exprimait ainsi sur les apothicaires (1) :

> Nous les devrions haïr comme la peste, en tant qu'ils ont corrompu et tâché de détruire la vraye médecine par leur avarice et leur tyrannie, et en seroient sans doute venus à bout, si Dieu n'avoit suscité d'honnêtes gens qui se sont fortement et courageusement opposez à leurs mauvais et tyranniques desseins. Pour moi, je ne les aime ni ne les crains ; s'ils m ôtent de la pratique, en récompense il m'en vient d'ailleurs et ne veux de leur amitié pour quoi que ce soit :
>
> J'aime sur toutes choses la candeur, la pureté et la simplicité, tant en mes mains et mes actions qu'en ma profession que j'honore et que j'aime sur toutes les autres ; mais Dieu me garde d'embrasser les opinions de cette misérable secte, qui est tout à fait indigne d'un honnête homme.



Et laissons Pierre Pic se débrouiller avec les chirurgiens quant à cette boutade de Guy Patin :

> Il y a encore d'honnêtes gens en France qui sçavent combien un médecin est incomparablement au-dessus de ces misérables ignorants, et je ne me glorifie pas peu d'avoir contribué à leur abaissement.
>
> Les chirurgiens de Saint-Côme veulent continuer leur félonie, disant que le premier Barbier est leur chef. Ne voilà pas de méchantes pestes ! Ils sont fous, enragés, et ne savent à quel saint se vouer de peur de perdre leurs robes et leurs bonnets cornus (2).

Au reste un bon nombre de ces lettres sont fort intéressantes et méritent toute l'attention, en particulier celle des

(1) *Lettre à Spon*, 24 déc. 1649.

(2) *Lettre à Ch. Spon*, 10 sept. 1660.

Parisiens, car il est question d'une grande inondation de la capitale :

23 *février* 1658. — Le dégel et la neige fondue ont merveilleusement grossi la rivière, ce qui fait encore peur à bien du monde, qui a peur de la ruine des ponts. La petite rivière des Gobelins a bien fait du ravage dans les fauxbourgs de Saint-Marceau : elle y a débordé en une nuit et y a bien noyé des pauvres gens. On en contoit bien quarante-deux corps, qui avoient été repéchez sans ceux qu'on ne sçait pas.

26 *juillet.* — Il y a ici un livre in-4° de 50 pages, intitulé : *Discours fait en l'assemblée de l'Hôtel de Ville tenue le* 24 *mai* 1658 *touchant les remèdes qu'on peut apporter aux inondations de la rivière de Seine, donné au Public par l'ordre de ladite assemblée avec la carte nécessaire à l'éclaircissement d'icelui par le sieur Petit, conseiller du Roi, intendant des fortifications, etc.* à Paris chez Pierre Rocolet, 1658 ; on recommence à travailler dans l'isle Notre-Dame à ce pont qui chut dans la rivière le mois de mars dernier où l'on a encore trouvé de nouveaux corps.

Ailleurs, Guy-Patin dénonce l'encombrement médical dans les campagnes et il en donne la raison :

« La principale cause de ce malheur est la trop grande facilité des Universités à faire des docteurs. On baille trop aisément du parchemin pour de l'argent à Angers, à Caen, à Valence, à Aix, à Toulouse, en Avignon. C'est un abus qui mériteroit châtiment ».

De sorte que, somme toute, ces lettres de Guy-Patin méritaient d'être reproduites. Il convient en conséquence de féliciter Pierre Pic de s'être fait le complice très éloigné et bien innocent de l'éditeur de 1707. On trouvera le commentateur de ces lettres parfois sévère et même dur envers Guy-Patin, mais on sait depuis longtemps que Pierre Pic est d'une conscience scrupuleuse et qu'il s'efforce toujours d'être juste. CORNET.

MÉDECINE PRATIQUE

Les « petits soins » dans la fièvre typhoïde ;

Par H. PAILLARD,
Interne des hôpitaux.

La guérison de la typhoïde est toujours aléatoire si le médecin ne s'assure pas la collaboration d'une infirmière expérimentée, susceptible de donner ce que nous appelons les « petits soins », qui constituent en réalité une thérapeutique indispensable.

Nous étudierons : les soins de la bouche et des fosses nasales, ce qu'il faut faire boire au malade, et la manière de le faire boire, comment il faut administrer un lavement, les soins à prendre pour éviter les escarres dans les typhoïdes graves.

Soins de la bouche et des fosses nasales. — La langue sèche et rôtie, que l'on montre aux élèves comme un signe important de typhoïde, ne doit plus exister à partir du moment où le malade est régulièrement soigné ; il y a là une cause d'infection et de dysphagie, par conséquent un double péril. Les gencives et les dents devront être nettes. Le pharynx ne devra contenir ni croûtes ni mucosités.

Pour arriver à ces résultats, il ne suffit pas de barbouiller à l'aveuglette l'intérieur de la bouche d'un peu de glycérine. Il faut procéder avec méthode et s'occuper successivement : de la langue, des gencives, du pharynx. Il faut avoir à sa disposition : un mélange à parties égales de glycérine et d'eau de Vichy, une brosse à dents douce, des tampons d'ouate montés sur une pince, enfin une mince baleine de corset dont nous allons voir l'emploi.

Pour nettoyer la langue : on l'humectera soigneusement avec le mélange glycérine-eau de Vichy afin de ramollir les croûtes et les exsudats ; ceux-ci doivent alors être enlevés en totalité ; on n'y arriverait pas, ou très mal, en employant simplement des tampons montés : il faut *gratter* véritablement la langue et pour cela se servir de la baleine de corset recourbée en boucle, qui constituera un instrument à la fois rigide et mousse avec lequel on racle la langue d'arrière en avant ; on pratique ainsi un nettoyage complet, rapide et indolore. Insistons sur la nécessité d'aller racler suffisamment loin, jusqu'à la base de la langue.

Pour nettoyer les gencives : on balayera, à l'aide de tampons montés, les sillons gingivaux, puis on nettoiera à l'aide de la brosse les insertions dentaires.

Pour le pharynx : on se servira de tampons fixés sur des pinces suffisamment longues, on les humectera légèrement, puis, sans brutalité, mais sans crainte, on ira jusque dans le fond du pharynx enlever les mucosités qui s'y accumulent fréquemment, surtout si le malade reste dans le décubitus dorsal.

Une fois le nettoyage bucco-pharyngé terminé, on fera sucer au malade quelques gouttes de jus de citron qui excitent légèrement la sécrétion salivaire (balayant les canaux excréteurs) et produisent une sensation agréable dont le malade est reconnaissant.

Mais ce qu'il y a de plus important, c'est que le malade *peut boire* quand il a la bouche nette, alors que c'était bien difficile, sinon impossible, auparavant.

Le nettoyage de la bouche devra être renouvelé, au moins quatre fois dans les 24 heures. En ce qui concerne les fosses nasales, la désinfection ne peut évidemment pas être aussi directe. Aussi faudra-t-il se contenter de déposer à l'aide d'un compte-gouttes dans chaque narine, quatre gouttes d'une solution d'huile mentholée au 50°.

Les tampons de glycérine phéniquée dans les oreilles pourront prévenir également les furoncles de la convalescence à ce niveau.

Comment il faut faire boire les malades. — Un typhique doit absorber par jour 3 litres de liquide. Il est certainement impossible de faire boire trois litres de lait, mais on devra arriver à un litre 1/2 dans les typhoïdes ordinaires. Les malades préfèrent le lait cru au lait bouilli ; si l'on est sûr de sa provenance, on pourra s'abstenir de l'ébullition. Au besoin, on l'aromatisera suivant le goût du malade, ou on l'étendra.

Le reste de la boisson sera constitué par de la citronnade, de l'orangeade, du thé ou du café légers, des tisanes diverses.

Le meilleur moment pour faire boire le typhique est celui où l'on vient de lui nettoyer la bouche ; la langue et le pharynx ont alors toute leur souplesse ; mais comme il est difficile de faire absorber plus d'un demi-verre à un verre à la fois, on fera boire le malade souvent, toutes les heures ou demi-heures dans la journée.

Manière d'administrer les lavements. — Les lavements, dans la fièvre typhoïde, peuvent répondre à 3 indications : évacuer un intestin atone, permettre l'absorption d'une certaine quantité de liquide, abaisser la température si l'on emploie les lavements froids.

Le lavement doit pénétrer *lentement*, d'abord parce qu'il ne doit pas traumatiser l'intestin fragile, ensuite parce qu'il doit être conservé un certain temps. Le médecin devra veiller à ce que le caoutchouc du bock n'ait *pas plus de 75 centimètres* de long. Ainsi le bock peut être élevé à 40 cm. de hauteur, 50 cm. au plus, ce qui est largement suffisant et non dangereux. Cette simple mesure évitera des distractions ou des impatiences qui pourraient être nocives.

Soins à donner pour éviter les escarres. — Nous ferons à cet égard quatre recommandations : 1° bien essuyer le siège du malade quand il sort du bain ; 2° éviter qu'il reste souillé par les urines et les matières ; 3° ne pas laisser le malade constamment dans le décubitus dorsal mais de temps à autre, dans la journée, le tourner sur le côté, en le calant avec des oreillers ; 4° poudrer avec de la poudre de Championnière bien préparée, c'est-à-dire finement pulvérisée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 octobre 1910.

MM. de **Beurmann, Gougerot, Bith** et **Heuyer** présentent un malade atteint de **sporotrichose à grands abcès froids multiples** simulant des abcès ossifluents. Jusqu'ici les grands abcès n'ont été que rarement signalés dans la sporotrichose. Dans les cas de Dor, c'étaient de grands abcès chauds phlegmoneux, dus à un parasite différent du sporotrichum Beurmanni. Dans les cas de Maurice Lagoutte et Briau, il s'agissait de lésions semi-chaudes, compliquant une sporotrichose cachectisante à localisations multiples. C'est donc une *forme nouvelle*. Le malade a aussi un *spina ventosa sporotrichosique* qui contribue à lui donner l'aspect d'un tuberculeux.

La maladie ne s'améliorant que difficilement par l'iodure de potassium, les lésions seront traitées localement par des injections de solutions arsénicales qui ont déjà donné en pareil cas de très bons résultats dans le service de M. le professeur Landouzy et qui stérilisent les cultures de sporotrichum, beaucoup mieux que les solutions iodées.

Les grandes quantités de pus fournies par la ponction de ces abcès froids ont permis de faire un certain nombre de travaux de contrôle démontrant que la recherche du parasite sur lame est toujours difficile, même après l'emploi des divers procédés d'homogénisation et que les seuls moyens pratiques et sûrs de diagnostic sont la culture d'abord, puis l'agglutination et la fixation du complément.

L'intra-dermo réaction a été obtenue avec la sporotrichosine de de Beurmann et Gougerot et avec le pus du malade tué par chauffage. On sait que ce procédé indique seulement que le sujet est mycosique ou mycophore et n'a pas de valeur spécifique.

MM. **Balzer** et **Burnier** ont observé également un cas de **sporotrichose** chez une femme de 22 ans, qui se rapproche du malade de M. de Beurmann par ce fait que la malade présente également un *spina ventosa sporotrichosique* ; mais il n'existe pas de lésions osseuses décelables à la radiographie.

Cette malade avait également des gommes sous-cutanées non ouvertes de l'avant-bras et du bras gauches, une tuméfaction du poignet gauche simulant une tumeur blanche et une synovite palmaire du tendon fléchisseur du 4e doigt. Le pus grumeleux jaunâtre retiré par ponction de ces lésions et ensemencé sur la gélose-maltose donna des cultures de sporotrichum Beurmanni.

La malade avait également une hydarthose du genou gauche. Le liquide jaune citrin recueilli par ponction et ensemencé ne donne pas de cultures.

Il est vrai que la femme prenait à ce moment de l'iodure depuis 25 jours.

La malade quitta Paris améliorée au bout de 3 semaines, mais non complètement guérie.

MM. **Laubry** et **Foy** attirent l'attention sur 3 cas de **leucocytose rachidienne de nature indéterminée.**

Dans 3 cas de méningite observés cet été, les auteurs trouvèrent une lymphocytose rachidienne. Ces cas, qui se terminèrent par la guérison, sont difficiles à interpréter : l'origine tuberculeuse ou syphilitique semble devoir être écartée. Les auteurs pensent qu'il s'agit là plutôt d'états méningés bénins à allure lymphocytaire peut-être d'origine grippale.

MM. **Rist** et **Rolland** ont également observé cet été (août et septembre) à l'hôpital Trousseau 5 cas **de méningites bénignes d'allure épidémique** chez de jeunes garçons vigoureux de 11 à 15 ans.

Le début était toujours dramatique avec fièvre, malaise général, rachialgie, douleurs dans les membres, délire, abattement profond.

Les symptômes variaient d'ailleurs légèrement avec les malades. Chez le premier malade, on note du Kernig, de la raideur de la nuque, une raie vaso-motrice, des pupilles inégales, de la bradycardie (48-50). Chez le deuxième, on constata également de la bradycardie, du Kernig, de la raideur de la nuque, des vomissements et de la constipation. Chez le troisième, un Kernig intense, des réflexes exagérés, une raie vaso-motrice, chez le quatrième, un Kernig très accentué, une inégalité pupillaire, des réflexes diminués, des vomissements. Chez le cinquième enfin, de la raideur de la nuque, du Kernig, un ventre en bateau, des réflexes tendineux exagérés. La ponction lombaire permit de constater que le liquide céphalo-rachidien contenait une notable quantité d'albumine.

La réaction cellulaire, plus ou moins intense, suivant les cas, était constituée par une lymphocytose toujours prépondérante et parfois exclusive. Les ensemencements et les inoculations sont restés entièrement négatifs.

Fait important : tous ces cas ont guéri sans séquelles.

En présence d'un pareil tableau le diagnostic est difficile. La lymphocytose rachidienne fit d'abord penser à une méningite tuberculeuse, d'autant plus que dans ces cas, des injections intra-rachidiennes et sous-cutanées de sérum antituberculeux de Marmoreck amenèrent une atténuation des accidents, mais le résultat négatif des inoculations, la guérison complète des malades font rejeter ce diagnostic.

Ce n'est pas une méningite cérébro-spinale ; or, le méningocoque de Wechselbaum a toujours fait défaut.

Il ne semble pas qu'il s'agisse non plus d'une poliomyélite à forme épidémique. Or, dans le même temps, les auteurs n'en ont observé qu'un cas et jamais leurs malades n'ont présenté de paralysies consécutives.

Les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas d'un type spécial de méningite à évolution bénigne, à agent pathogène inconnu, et qui aurait sévi cet été à Paris, sous forme épidémique.

M. **Netter** écarte également le diagnostic d'une méningite cérébro-spinale, mais il est porté à croire qu'il s'agit de formes frustes de poliomyélite à type méningé, telle qu'il en observa dans l'épidémie de 1909. Ces formes frustes peuvent en effet ne laisser derrière elles aucune séquelle, aucune paralysie.

M. **Sicard** estime qu'il ne faut pas trop se baser sur la lymphocytose rachidienne car il est connu qu'après les injections intra-rachidiennes, on observe toujours de la polynucléose et ensuite une mononucléose.

M. **Rist** répond que la lymphocytose fut constatée avant toute injection intra-rachidienne.

M. **Widal.** — Ces faits montrent qu'entre la poliomyélite et la méningite cérébro-spinale, il y a toute une série d'état méningés à liquide clair, de pathogénie obscure, et de nature différente. On peut observer de ces cas après des infections diverses, après la pneumonie, la fièvre typhoïde. D'autres paraissent spontanés chez l'enfant, le tableau est celui de la méningite tuberculeuse ; chez l'adulte, c'est celui de la méningite cérébro-spinale. L'auteur a également observé cet été chez l'adulte 6 à 7 cas de méningite d'apparence spontanée, débutant par des symptômes à grand fracas qui durèrent 3 à 4 jours, et qui entrèrent ensuite en défervescence. L'évolution fut des plus bénignes. Les résultats de laboratoire furent négatifs. L'auteur se réserve d'ailleurs de revenir sur ces cas dans la prochaine séance.

M. *Hallé* estime que l'inoculation au singe serait un moyen très simple d'avoir la clef du problème.

M. *Netter* répond que cette inoculation est très difficile puisque tous les cas se terminent par la guérison.

De plus, il est démontré expérimentalement dans la poliomyélite que l'inoculation ne réussit que le premier jour de l'affection. Dans les jours suivants, elle est négative. Or les malades arrivent toujours à l'hôpital après le début de leur maladie.

MM. *Nobécourt* et Léon *Tixier* rapportent **un cas d'hémophilie traitée par les injections de peptone.**

L'injection fut très bien supportée et amena une amélioration notable. BURNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre 1910

Ankylose de la mâchoire. — M. *Demoulin*. — M. Morestin nous a parlé, à la dernière séance, d'un cas d'ankylose de la mâchoire. J'en ai moi-même observé récemment un cas dans mon service. Le malade fut opéré suivant un procédé nouveau, qu'ils ont imaginé, par MM. Gernez et Douay.

Il s'agissait d'un sujet de 15 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, fit une ankylose progressive de la mâchoire, si bien qu'au bout d'un mois il fallut lui arracher les incisives pour pouvoir le nourrir.

A son entrée à la Charité, l'ankylose était complète. L'arc mandibulaire était atrophié. L'examen du conduit auditif externe était négatif des deux côtés. Le masséter se contractait bien tant à droite qu'à gauche. La radiographie ne donnait aucun renseignement.

L'ankylose paraissait bilatérale, diagnostic qui nous parut confirmé par l'atrophie du maxillaire inférieur.

On décida la résection du ou des condyles et l'on commença par le côté gauche. La résection faite de ce côté, comme le maxillaire ne s'abaissait toujours pas, on se décida à opérer le côté droit dans la même séance. Et cette fois, l'opération terminée, la bouche s'ouvrit aisément et facilement.

Ces ankyloses de la mâchoire sont de deux ordres : les unes sont traumatiques. les autres sont infectieuses.

Les ankyloses traumatiques souvent apparaissent sans qu'aucun phénomène grave soit apparu au moment de l'accident. Quelle est donc la cause de l'ankylose qui survient 6 semaines après ?

Douay et Gernez ont fait des expériences sur le cadavre et ont constaté que les chocs sur le menton s'accompagnent assez souvent d'une sorte de fissure des condyles. Il y a donc arthrite traumatique et dès lors l'ankylose consécutive n'a rien de surprenant.

Ces ankyloses peuvent encore survenir à la suite de suppurations locales.

Les ankyloses infectieuses peuvent survenir à la suite d'un grand nombre des maladies : scarlatine, fièvre typhoïde, etc.

A la suite de ces ankyloses, le maxillaire inférieur s'atrophie chez les sujets qui n'ont pas encore achevé leur croissance. Chose intéressante, la branche montante, elle aussi, s'atrophie en hauteur et cela pourrait servir au diagnostic du côté malade. Mais il s'agit de différences minimes et ce diagnostic reste extrêmement difficile, souvent impossible.

Quant au mode opératoire employé, c'est une combinaison de procédés divers : l'incision est celle d'Huguier : elle part de la base du tragus, se dirige en avant puis remonte un peu convexe en bas et en avant vers la fosse temporale. On incise jusqu'à l'aponévrose et on récline le lambeau ainsi taillé. On résèque alors la partie postérieure de l'arcade zygomatique : on la coupe en avant à la scie de Gigli et en arrière à la gouge en faisant sauter le condyle du temporal. Cette manœuvre permet d'accéder directement au condyle maxillaire sans craindre de léser le facial, et il est aisé de le réséquer et de faire une interposition musculaire si on le désire. Le drainage avec quelques crins est facile à réaliser si on le juge bon.

L'opération ainsi conduite est facile et rapide. Et elle donna, dans le cas qui nous occupe un excellent résultat.

Est-il bon d'opérer les deux côtés en une seule séance ou à quelques jours d'intervalle. Si l'anesthésie marche bien et si le sujet peut le supporter, il vaut mieux, je crois, opérer les deux côtés dans la même séance, à moins que l'ankylose ne soit unilatérale et que le côté malade ayant été opéré, la mâchoire s'abaisse bien. On peut d'ailleurs se demander si même en cas d'ankylose unilatérale (et nous avons vu que le diagnostic du côté atteint est souvent difficile) il ne vaudrait pas mieux opérer des deux côtés, car la résection d'un seul condyle rend le maxillaire boîteux et gêne peut-être la vitalité ultérieure et le fonctionnement normal des élévateurs de la mâchoire.

M. *Kirmisson*. — J'ai fait en janvier 1900 une résection temporomaxillaire droite après une arthrite suppurée, chez une fillette de 10 ans. J'ai revu la fillette 8 ans après, en mars 1908 et le résultat obtenu était excellent. Comme l'a dit M. Morestin, on est parfois obligé de réséquer aussi la coronoïde.

Pour le diagnostic du côté malade en cas d'ankylose unilatérale, j'ai souvent signalé le précieux renseignement que donne l'existence d'un léger mouvement de diduction qui persiste en ce cas.

M. *Broca*. — Le diagnostic du côté atteint est difficile. Dans un cas que j'ai opéré, je suis allé d'abord du côté par lequel mon malade avait saigné par l'oreille à la suite du traumatisme. Or ce côté fut trouvé sain et c'est l'autre qui était ankylosé.

De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. — M. *Legueu*. — Dans les tuberculoses vésicales qui, malgré la néphrectomie, s'aggravent et résistent au traitement local, la chirurgie était jusqu'ici assez dépourvue. Entre les cystostomies hautes ou basses que leur inefficacité a depuis longtemps fait délaisser. et la cystectomie totale, trop grave, il n'y avait aucun intermédiaire. L'opération que je vous propose comble cette lacune Convaincu que les douleurs et le ténesme ne sont dus qu'à la contraction vésicale selon la doctrine classique, et cesseraient immédiatement si la vessie ne recevait plus d'urine, j'ai eu l'idée de pratiquer la dérivation des urines dans l'intestin. L'opération ainsi réalisée est bien une *exclusion vésicale*.

Sur un de mes malades qui, à la suite d'une néphrectomie en 1906, avait vu, malgré tous les traitements utilisés, sa cystite s'aggraver progressivement, j'ai fait l'implantation de l'uretère dans l'intestin. Après cette opération j'ai vu les douleurs cesser immédiatement, le ténesme disparaître, le sommeil revenir, l'appétit renaître. Le malade a sensiblement engraissé et se trouve aujourd'hui, neuf mois après l'intervention, absolument transformé. Le rectum fonctionne toutes les quatre heures, sans douleur.

Dans un autre cas opéré dans le même but par M. Wilhelms par la néphrostomie lombaire, le bénéfice thérapeutique fut également considérable. Il semble donc que l'exclusion vésicale étende dans le domaine chirurgical les limites de notre action indirecte et palliative et constitue une ressource précieuse à utiliser dans certaines formes graves et rebelles de tuberculose.

Abcès du cerveau d'origine amibienne. — M. *Jacob* communique deux cas d'abcès du cerveau d'origine amibienne consécutifs à la dysentérie. Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 14 octobre 1910

Tuberculoses rénales fermées. — M. *Pasteau*, se basant sur différentes observations, montre que les expressions : « tuberculose rénale fermée » et « tuberculose finale guérie », ne sont pas synonymes. Quand au cours de l'évolution d'une tuberculose rénale on constate une oblitération complète de l'uretère, il ne faut conclure ni à la guérison de la tuberculose, ni à l'arrêt certain de la propagation des lésions.

M. *Genouville* s'associe à ces conclusions.

Amputation des deux cuisses aux tiers inférieur. — M. *Dupuy de Frenelle*, à propos d'une observation de M. Casse, d'Aix, d'amputation des 2 cuisses pour gangrène à la suite d'écrasement des 2 jambes, insiste sur la simplicité et la rapidité avec laquelle une telle intervention peut être pratiquée. Il pense que, comme elle n'aggrave pas le pronostic, on ne saurait la

refuser même dans les cas désespérés. Il appuie ses conclusions sur une observation personnelle.

Le traitement des rétrodéviations utérines mobiles. — M. ***Paul Delbet.*** — La question est complexe parce qu'on confond sous le nom de rétrodéviations les rétroflexions, qui sont des maladies utérines, les rétroversions adhérentes, reliquats de périmétro-salpingites et les rétrodéviations mobiles premier degré du prolapsus génital. Dans ces dernières, l'opération doit viser à soulever l'utérus et le plancher pelvien assez pour lui permettre de résister à la poussée abdominale. Toutes les ligamentopexies sont insuffisantes, le seul procédé logique est l'hystéropexie isthmique. L'auteur n'a eu qu'à s'en louer, même au sujet des grossesses ultérieures.

Métrorrhagies graves d'origine syphilitique. — M. R. ***Lœvy*** a observé chez une femme de 25 ans un cas de métrorrhagies profuses mettant sa vie en danger. Par élimination, il soupçonne la syphilis et institue le traitement : guérison. M. Lœvy se demande si nombre de métrorrhagies rebelles aux méthodes ordinaires de traitement ne sont pas de même origine.

M. ***Ozenne*** résume l'état actuel de nos connaissances sur la question. Le nombre des observations connues est de 30 environ. Il montre les difficultés du diagnostic de syphilis utérine, qui provient de ce que l'affection ne présente pas de caractères propres et que la syphilis est ici le plus souvent ignorée. Il expose l'impossibilité de différencier actuellement la syphilis utérine de celle de l'ovaire.

M. ***Verchère*** distingue dans la syphilis utérine deux variétés ; 1° les lésions ulcératives qui peuvent saigner ; 2° les métrorrhagies graves et essentielles. Il en cite 2 cas personnels terminés par la mort et un 3e où la malade était exsangue. Dans 2 de ces cas on a pu constater que l'utérus ne présentait pas de lésions macroscopiques.

Il s'agit toujours de jeunes femmes en période secondaire et l'auteur rattache ces hémorrhagies à des modifications sanguines causées par le tréponème. Comme il s'agit aussi de syphilis ignorées, M. Verchère se demande si ce ne sont pas des syphilis sanguines d'emblée sans accident primitif.

Séance du 21 octobre.

Un cas de métrite hémorrhagique syphilitique. — M. ***Blanc*** — Comme dans les cas rapportés par MM. *Ozenne, Verchère, Lœwy*, il s'agissait d'une métrorrhagie formidable reproduite à 2 reprises et mettant la vie de la malade en danger. En raison des antécédents (2 fausses couches, 2 enfants mort en bas âge, le mari qui aurait eu un chancre au régiment) de la gravité de l'écoulement, de tout signe utérin ou annexiel, le traitement est institué. L'écoulement ne s'est plus reproduit.

Discussion. — MM. ***Ozenne*** et ***Lœwy.***

Rapport sur un cas de tumeur rétro-péritonéale d'origine pararénale avec présentation de la pièce, par M. Thévenard. — M. ***Blanc.*** — La nature de cette tumeur énorme ne pourra être établie que par l'examen histologique. Le rapporteur penche pour un lipome de la racine du mésentère.

Discussion. — MM. ***Delbet, Cathelin. Lœwy, Le Bec.***

Sur un nouveau liquide modificateur dans le traitement des tuberculoses locales. — M. ***Judet.*** — Dans le mélange classique : éther iodoformé, huile créosotée, l'auteur a remplacé l'huile d'origine végétale par l'huile de foie de morue. Le liquide ainsi obtenu, injecté dans les tuberculoses locales (adénites, tumeurs blanches) jouit des mêmes propriétés ramollissantes que le naphtol camphré. A petites doses et dans les lésions anciennes, il active la sclérose.

Discussion. — MM. ***Lœwy, Arnould, Lance.***

Rapport. Un cas de myomectomie sur un utérus gravide (M. Thévenard). — M. ***Ozenne*** — Dans ce cas, c'est l'accroissement très rapide du ventre qui a obligé à intervenir. Résultat excellent accouchement à terme A propos de ce cas, le rapporteur rappelle que les fibromes ne compliquent la grossesse, l'accouchement, le post partum que rarement, et qu'on n'est appelé à intervenir que dans des cas exceptionnels. Il énumère les indications opératoires et les règles dans le choix de l'intervention.

Discussion. — M. ***Le Bec.***

Présentations de pièces : — M. ***Leuret.*** — Pièce de gastrectomie totale pour cancer. Il s'agit d'une malade présentant une fistule allmentaire dans la fosse iliaque droite. La malade mourant d'inanition, on opère : la fistule venait d'une perforation de la paroi antérieure de l'estomac qui présentait une grosse tumeur gastrectomie totale.

M. ***Péreire*** présente une grossesse tubaire rompue à 2 mois 1/2. Il discute l'ablation des annexes du côté opposé si elles sont saines et la femme jeune.

Discussion. — MM. ***Lavenant, Lœwy, Le Bec.*** M. LANCE.

SUPPLÉMENT AUX NOUVELLES

Concours de l'externat. — *Samedi 22 octobre* : Question posée : *Muscle diaphragme, sans les rapports.* — MM. DURAND (R. A.) 13 1/2, CHEVROLET 11, DURAND (Marcel) 16, DUROSELLE 16 1/2, CHEMIN 13 1/2, CLÉMENCEAU 16, Mlle DVORETZKY 10, MM. CHANSON 17, DEVAUCHELLE 11, ECHAVARRIA 14, CROQUEFER 19, CHAUVEL 9, CORNET 15, CLAVERIE 10, CUMINE 19, DUFRAISE 10, CHARON 16 1/2, COJAN 10, DELAMARE 12, CHICANDARD 16.

Excusés : MM. CHEVALLEY et DASCALOPOULOS.

Mardi 25 octobre : Question posée : *Veines jugulaires externe et interne.* — MM. DAVID 14, COTY 16, CHAILLEY-BERT 11, DELMAS 14, DUCAS 7, ELTRICH 17, CAUSSÉ 16, COLLIN 14, COULANDON 14, DECLÉTY 16, DOHEN 14, CHALUT 9, CHABERT 15, CLÉMENT 10, CATHALA 14.

Pathologie. — *Mardi 25 octobre* : Question posée : *Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face* : MM. MÉLIK-PARSADANIANTZ 10, RAISON 16, MÉGRET 16, RADAIS 15, PSAUME 14, Mlle MOIROUD 15, MM. RABINOVITZ 7, PAUTET 13, POLONOWSKY 8, POPESCO-PASCAU 5, MORESTIN 8, Mlle PINESS 14, MM. MOUTIER 17, MONESTIER 12, RATEL 14, MISRACHI 18, MIGNOT 8, PINEL 4, Mlle MILLE 15.

Excusés : MM. MODIANO, PATURET, SALASC.

Concours de l'internat en médecine : *Lecture.* — *Anatomie.* — *Vendredi 21 octobre* : MM. ARBASSIER 3, HAGUENAU 12, VIELLE 14, LEGRAIN 10, ECOT (Pierre) 11, COUDRAY 7, PIOT 8, VIGOT 9 ; TOURNEIX 7, WÉBER (André) 10 ;

Dimanche 23 octobre : MM. KŒCHLIN 12, VALLERY-RADOT (Pasteur) 13, SAXE 5, MASSART 8, BRIAULT 5.

Lundi 24 octobre : MM. FRANÇON 10, BLUM 9, PHILARDEAU 8, COUSIN 5, HUMBERT 5, KAHN (G.) 6, DERON 3, MARCKAK 9.

Pathologie : *Vendredi 21 octobre* : MM. BAUDIN 6, CHATELIN 8, CHICHMANIAN 8, CASTEX 8, LEBLANC 13, DUPREY 4, BUC 10, GOUVERNEUR 14, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE 8, VIGNERIE 7, GORET 9.

Lundi 24 octobre ; MM. DE PFEFFEL 10, MM. RICHARD (André) 8, MM. MONBRUN 13, BLOCH (René) 12, PÉRONI 5, PATAUD-DEVALENCIENNES 6, PARIN 7, MORICAUD 2, JACQUET 11, BRUN 6, FEY 9.

Concours pour l'inspectorat des Ecoles. — 1re épreuve définitive (*épreuve pratique*). — *Séance du 12 octobre* : MM. LABADIE-LAGRAVE 25 MARGAIN 23, CHASTANET 23, LAFFITTE 19.

Séance du 13 octobre : MM. COURDOUX 26, NETTER (Louis) 23, DUPUY 23, POISSON 19.

Séance du 14 octobre : MM. BIDEL 24, MATHÉ 24, LÉVY (Armand) 23, PAMART 20.

Séance du 15 octobre : MM. CONTET 20, SICARD 26, DE LAURADOUR 23.

Séance du 17 octobre : MM. ARNOUX 24, BATISSE 23, HENRIOT 21, MERKLEN 26.

Séance du 18 octobre : MM. MORIN 23, RABANT (Paul-Ferdinand) 28, LE RENARD 17, CLAUDE 22.

Séance du 19 octobre : MM. LECLERC (Louis) 24, COURTADE 27, CAREL 24, WIBAULT 20.

Séance du 20 octobre : MM. AMOUROUX 19, THIEUX 22, JANOT 24, FOUINEAU 26.

Séance du 21 octobre : MM. LÉJONNE 24, GRELLEY 26, BERTRAND 25 ACHERAY 22.

Séance du 22 octobre: MM. DUCŒURJOLY 19; BAROTTE 20; DREYFUS-ROSE 23, GÉNÉVRIER 29.

Séance du 24 octobre : MM. RAOULT-DESLONGCHAMPS 22, CHAPON 25, RENAULT 27, BOURDIER 27.

Séance du 25 octobre : MM. CHAMPION 19; BOIS 25, SAINT-CÈNE 26, HOUSQUAINS 26.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Quinine et Malaria.

Par M. E. JOB

Médecin major de 2e classe, répétiteur à l'école du service de santé militaire.

Tout le monde reconnaît que la quinine est le médicament spécifique de la malaria, la chose a été établie par l'expérience de nombreuses générations de médecins ; l'expérimentation est venue expliquer ce que la pratique journalière en pays paludéen avait fait connaître depuis lontemps. Dès avant la découverte de l'hématozoaire, Chevalier, Binz, Bochefontaine, avaient montré l'influence extrêment nocive de la quinine pour les infusoires ; en 1880, Laveran faisait connaître le parasite du paludisme, et durant les années suivantes, consacrait de nombreux travaux à l'étude de la maladie, il prouvait notamment que les croissants paraissent échapper à l'action du médicament. Councilmann, Golgi, Arnaud, entre autres, ont confirmé cette observation ; en revanche une solution de sulfate de quinine mise au contact des formes jeunes leur fait prendre rapidement des formes de cadavres. Les publications de F. Murray, de Gualdi et Martirano, de Lo Monaco et L. Panichi, de Ziemann, Schellong, de King, Celli, Mariani, les observations de Billet, confirment d'une façon générale les faits établis par Laveran et elles ne diffèrent les unes des autres que par l'interprétation qui est donnée du mode d'action des sels de quinine. Se tenant uniquement sur le terrain expérimental, Giemsa et Prowazeck ont montré que *in vitro* la quinine agit sur tous les protozoaires parasites du sang, alors que dans le sang lui-même elle n'exerce son action destructive qu'à l'égard du parasite de la malaria à l'exclusion des trypanosomes et des piroplasmes. Schaudinn a particulièrement étudié l'action du médicament au point de vue clinique et ses recherches très précises ont abouti aux conclusions suivantes : Les schizontes sont sensibles à la quinine, mais celle-ci exerce surtout son action destructive lorsqu'elle peut agir au moment de la sporulation et sur les formes jeunes. Les formes sexuées ne sont sensibles à la quinine que dans le premier stade de leur développement ; ultérieurement, le médicament est sans action sur elles. Il est un fait qui est d'une grande importance pratique et théorique : c'est l'impossibilité de détruire tous les parasites qui se trouvent dans l'organisme, quel que soit leur état de développement, quelles que soient les doses employées.

Les survivants pourront donc donner naissance à des macrogamètes, ceux-ci, comme l'a montré Schaudinn, vont se réfugier dans la rate où ils peuvent rester longtemps latents et où ils peuvent, à un moment donné, reproduire des schizontes par parthénogénèse et occasionner ainsi des rechutes de paludisme. La quinine ne constitue donc pas à l'égard de la malaria la *therapia magna sterilisans* d'Ehrlich, dont il a été si souvent question ces derniers temps à propos de la syphilis.

L'influence indubitable du médicament sur la malaria n'est point tout ; après l'avoir expliquée par une action directe sur le parasite de la maladie, il faut encore établir quel est son meilleur mode d'administration, en tenant compte en particulier des études qui ont été faites sur son absorption et sur son élimination ; nous n'avons pas l'intention de passer en revue ici toute la bibliographie de la question et nous nous contenterons d'exposer les recherches récentes de Giemsa et Schaumann qui datent de 1907. Celles-ci ont une certaine importance pour le sujet qui nous occupe, car elles ont porté sur des paludéens, alors que les expériences antérieures avaient été poursuivies surtout chez des personnes saines ; elles ont, semble-t-il, été conduites avec une technique impeccable, si nous en croyons au moins les détails nombreux fournis par les auteurs, dont la compétence est au reste universellement reconnue. La partie intéressante pour le médecin est la quinine absorbée et qui ne se transforme pas dans l'organisme, c'est elle en effet qui est le facteur actif de la destruction de l'hématozoaire. Or Giemsa et Schaumann ont noté que si l'on fait ingérer la quinine à jeun par la bouche, le médicament s'absorbe très bien par l'estomac et surtout par l'intestin, notamment dans la première moitié des 24 heures qui suivent l'ingestion, si au contraire l'estomac est plein, l'absorption se fait surtout dans la deuxième moitié des 24 heures. La quinine s'élimine en nature par les urines pour la plus grande partie dans les premières 24 heures et dans la proportion de 25.4 % en moyenne, le maximum de l'élimination a lieu 6 heures après l'ingestion, fait extrêmement important, lorsque l'on donne à un homme 1 gr. de quinine, en une fois, la quantité de quinine retrouvée dans les urines est moins considérable que si l'on le lui donne par doses fractionnées, en cinq doses de 0 gr. 20 par exemple. Il semble donc que lorsqu'il est administré à doses massives, le médicament se détruise en plus grande partie dans l'organisme et que la quantité active à l'égard de l'hématozoaire du paludisme soit réduite. En ce qui concerne les injections sous-cutanées, il y a lieu de faire remarquer également que la quinine qu'elles servent à introduire dans l'organisme se détruit aussi en quantité plus considérable que si elle est prise par la bouche et par doses fractionnées. Son effet parasiticide doit en conséquence être également moindre.

Ce que nous savons de l'absorption de la quinine, de son élimination, de son action sur l'hématozoaire de Laveran devait avoir une répercussion sur le mode d'emploi du médicament. Rappelons que depuis longtemps deux grandes méthodes se partageaient la faveur des médecins pour l'administration de la quinine : la méthode de Sydenham d'une part, la méthode de Torti d'autre part. Sydenham donnait le quinquina immédiatement après l'accès, c'est-à-dire à un moment aussi éloigné que possible de l'accès suivant. Torti au contraire faisait prendre le médicament immédiatement avant l'attaque de fièvre intermittente. On peut dire que d'une façon générale les médecins français se sont conformés à la méthode anglaise ou de Sydenham alors que les Allemands et les Italiens ont adopté la méthode romaine ou de Torti. Au surplus les recherches que nous avons rapportées ci-dessus sembleraient plutôt en faveur d'un mode d'emploi qui préconiserait l'administration de la quinine plusieurs heures avant l'élévation thermique, puisque celle-ci est commandée par l'éclatement du schizonte et que c'est sur les éléments jeunes provenant de cet éclatement que le médicament a le plus d'action : il faut d'autre part compter sur la durée d'absorption du médicament et nous savons à ce sujet que c'est 6 heures environ après son administration qu'il est dans le sang en quantité la plus considérable. Ces considérations sont d'ailleurs d'ordre surtout théorique, car actuellement la pratique a montré que l'essentiel pour guérir le paludisme était de donner la quinine à dose suffisante et pendant un temps suffisamment prolongé. Il ne faudrait néanmoins pas exagérer outre mesure le manque de souci du moment

d'administration du médicament. La méthode préconisée par Treille notamment et qui consiste à administrer 2 grammes de quinine au début d'un accès de fièvre tierce par exemple n'enregistrerait pas les succès qu'elle compte, si l'administration du médicament était faite à un autre moment.

La question de dose a été extrêmement discutée et elle méritait de l'être. Comme tout antiseptique en effet, la quinine doit être dans l'organisme à un taux de concentration suffisant pour qu'elle puisse détruire les hématozoaires, mais elle n'est pas non plus exempte d'inconvénients ; l'administration du médicament a pu en effet, dans certains cas négligeables en pratique, il est vrai, vu leur rareté, entraîner la mort, mais, en revanche, les troubles digestifs, les bourdonnements d'oreille, ne sont pas exceptionnels, sans parler des accès d'hémoglobinurie sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir. L'idéal est en somme d'obtenir la guérison du malade avec le minimum d'alcaloïde possible. Ce minimum oscille pour l'adulte entre 1 gr. et 2 gr. dans les 24 heures, mais il est bon de remarquer que le plus souvent, avec 1 gr. on viendra à bout des manifestations paludéennes habituelles. Ces doses doivent être considérées comme des doses faibles, et en pays palustre, on a pu administrer 3 ou 4 grammes de sulfate de quinine en 24 heures. Maillot en donnait des quantités plus considérables encore ; dans un cas de fièvre pernicieuse, il n'en a pas fait prendre moins de 9 grammes en un jour et a guéri son malade. Il faut néanmoins faire remarquer que ces fortes doses sont administrées à des fébricitants, dont les voies digestives sont le plus souvent en mauvais état, rebelles à l'absorption et ainsi s'explique peut-être l'absence d'accidents toxiques. Soutenant une doctrine opposée, bien qu'ayant une grosse pratique de la malaria, certains médecins italiens, notamment Grassi et Celli prétendent avoir obtenu d'excellents résultats avec des doses beaucoup plus faibles de quinine. Les recherches de Grassi ont été pratiquées avec un composé pharmaceutique spécial : l'ésanophèle, dont les principes actifs seraient l'arsenic, le fer et la quinine. La quinine, si l'on suit les prescriptions de Grassi, est ingérée à la dose de 0 gr. 60 par jour. L'auteur aurait obtenu d'excellents résultats avec son médicament, fait qu'il attribue à sa teneur en arsenic ; ce corps agirait en effet, comme on l'avait déjà prétendu avant lui, du reste, sur certaines formes de paludisme rebelles à la quinine. Les recherches faites avec l'ésanophèle à Hambourg par Nocht furent loin de lui donner des résultats aussi favorables qu'à Grassi. Aussi bien son compatriote Celli devait démontrer que le fer et l'arsenic sont sans influence sur la malaria et prétendre que ses bons résultats résultats obtenus par lui étaient dus à l'administration de la quinine par doses fractionnées. Par l'usage de petites doses, Celli pense en effet que l'on peut obtenir une accumulation de médicament dans le sang, et Mariani estime que la dose de quinine circulante peut devenir double de celle qui a été ingérée en un jour En réalité, la méthode de Celli a donné à Hambourg des résultats inférieurs à la méthode préconisée en Allemagne par Koch.

La méthode de Koch ressemble beaucoup à celle de Laveran. Celle-ci, qui est classique en France et sur laquelle nous n'insisterons pas, consiste à combiner l'administration de la quinine à doses décroissantes avec des périodes de repos. La méthode de Koch, que nous devons exposer ici parce qu'elle est moins connue en notre pays et parce qu'elle a servi de base aux recherches de Nocht sur lesquelles nous aurons à insister, a été quelque peu modifiée par ses élèves, mais dans ses détails plutôt que dans son principe. Koch donne 1 gr. de quinine à la fois 4 ou 6 heures avant l'accès, le plus souvent une seule dose suffit et n'a pas besoin d'être doublée ; chez les enfants, les doses sont naturellement moindres et proportionnelles à l'âge. S'il s'agit de fièvre tropicale et qu'on ignore le moment d'apparition des accès ; on donne le médicament après la chute de la température. Plehn conseille même de donner la quinine au moment du déclin de l'accès. Il ne faut pas d'ailleurs se borner à administrer la quinine pendant un seul jour, mais la continuer pendant plusieurs jours à la dose d'1 gramme ; Ruge fixe cette période à 6 ou 7 jours ; puis on fait des pauses de 3, 4, 5, 6 et 7 jours et entre chaque pause on prescrit la quinine à la dose de 1 gr. pendant deux jours consécutifs. D'après Nocht, la durée de 6 à 7 jours de traitement du début peut être écourtée et ramenée à 3 ou 4 jours seulement, mais il est indispensable de faire une cure de quelques jours au début et d'intercaler des pauses dans le traitement consécutif, car celles-ci sont utiles à l'organisme et permettent d'éviter l'accoutumance et partant la résistance du parasite au médicament. Koch a essayé des doses inférieures à 1 gr., mais elles lui ont donné des résultats en somme peu favorables.

C'est en tenant compte des bons résultats obtenus avec la méthode de Celli et avec celle de Koch que Nocht a imaginé le procédé de l'administration de la quinine par doses fractionnées. Les petites doses de Celli étaient excellentes mais la quantité de quinine insuffisante ; il était nécessaire, semblait-il, de l'augmenter pour arriver à obtenir une thérapeutique très efficace. Nocht s'arrêta à la technique suivante : il donna 1 gramme de quinine en 5 fois et en l'espace de 8 heures ; la première dose était donnée à 7 heures du matin, les doses suivantes à 9 h., 11 h., 1 h. et 3 h. Bien plus, il ne se préoccupa plus de l'époque à laquelle apparaissait l'accès, mais administra la quinine dès que le diagnostic de paludisme était posé. La quinine est donnée de la sorte à la dose de 1 gr. pendant 8 jours, puis on fait intervenir des périodes de repos de 3, 4, 5, 6, 7 et 8 jours, entre lesquels s'intercalent 3 jours de traitement par la quinine ; une fois qu'on est arrivé aux poses intercalaires de 8 jours, on continue le traitement pendant quelques semaines encore. Il ne faut pas allonger les périodes de repos au-delà de 8 jours, sans quoi l'on s'exposerait à avoir des récidives.

Il fallait expérimenter si cette nouvelle manière d'administrer la quinine, à savoir, par doses fractionnées, donnait des résultats au moins égaux à la méthode de Koch, par exemple, rechercher si elle guérissait les malades de la même façon, en un temps aussi court. Or comment reconnaît-on qu'un malade peut être considéré comme revenu à son état normal, au moins pour un certain temps ? Aux signes suivants exigés par Nocht : en pratique, dit-il, on doit considérer un paludéen comme guéri de son infection quand on n'observe plus chez lui ni fièvre, ni températures sufbébriles, quand dans le sang périphérique, on ne trouve plus les parasites de la malaria et quand l'examen hématologique ne révèle plus rien d'anormal, à savoir : quand les globules basophiles et polychromatophiles ont disparu, quand le nombre des grands mononucléaires n'est plus augmenté, quand le nombre des globules rouges et la quantité d'hémoglobine sont revenus à une proportion normale. La plupart des malades de Nocht ont été examinés à ces divers points de vue et les résultats obtenus au cours de ses inve tigations ont été publiés, soit par lui-même, soit par son élève Ufer dans sa thèse, qui date de 1905.

Le tableau ci-dessous résume les résultats en question.

Nombre de cas traités

Avec 1 gr. de quinine par jour en une fois	Avec 1 gr. de quinine par jour en 5 doses de 0 gr. 2.	
173 paludéens (du 1er janvier 1903 au commencement de février 1904)...... Ces cas sont les mêmes dans les statistiques de Ufer et de Nocht.	Statistique de Ufer 135 paludéens (de février au 7 décembre 1904)	Statistique totale de Nocht 203 paludéens (de février 1904 à fin septembre 1905)

Ces cas appartenaient

153 à la fièvre tropicale............	116	180
20 à la tierce.....	17	21
0 à la quarte....	2	2

Présentaient des accès fébriles au moment de leur admission :

163 malades.......	122	180

La fièvre disparut :

A) après un jour de traitement dans :

26,4 % des cas.....	41,8 %	45 %

B) après deux jours de traitement :

31,9 % des cas.....	»	40,5 %

La fièvre n'avait pas encore disparu après 3 jours de traitement dans :

4,3 % des cas...... 6 formes tropicales. 1 forme tierce....	2,3 % 2 formes tropicales 1 forme tierce	2,8 % 4 formes tropicales 1 forme tierce

On ne constata plus de parasites dans le sang périphérique, les gamètes mis à part, après un jour de traitement par la quinine dans :

28,6 % des cas.....	34,7 %	35,8 %

Les parasites persistaient après plus de deux jours de traitement dans :

25,8 % des cas.....	»	16,4 %

Le teneur en hémoglobine de 85 % (Gowers) fut atteinte en moyenne après :

22 jours de traitem.	19	17 (1)

Que l'on examine l'influence du médicament soit sur les accès de fièvre, soit sur la disparition de l'hématozoaire dans le sang, soit sur la teneur de celui-ci en hémoglobine, l'on est obligé de reconnaître que d'une façon générale l'administration de la quinine par doses fractionnées donne des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient en faisant ingérer ce médicament à la dose de 1 gr. en une fois. Cette supériorité est du reste une supériorité toute relative et il faudrait bien se garder de prétendre que les fortes doses ne peuvent rendre de services ; nous avons été amenés à admettre néanmoins que la méthode de Nocht était de beaucoup la meilleure, parce qu'à une efficacité au moins égale, elle joignait le gros avantage d'éviter les inconvénients ou les difficultés qui résultent de l'administration de la quinine à fortes doses.

Il n'y a tout d'abord pas lieu de se préoccuper de l'heure à laquelle devra être administré le médicament. On sait en effet que le traitement des formes intermittentes comporte l'ingestion de la quinine, suivant les auteurs, 8, 6 ou 4 heures avant l'accès ; or ces accès peuvent avancer ou retarder, si bien que l'on perd tout le bénéfice d'une thérapeutique précise. Les difficultés sont encore plus considérables lorsqu'il s'agit de formes tropicales. Dans la méthode de Nocht, au contraire, la quinine est administrée dès que le diagnostic de malaria est posé. Comme nous le savons de par les recherches de Giemsa, la résorption en est suffisante, même quand elle est donnée en plein accès. Il y a toujours dans le sang une quantité de médicament capable d'agir sur les parasites au moment opportun, car les faibles doses ont pour résultat un passage plus considérable de la quinine, à l'état de quinine même, dans la circulation, et l'élimination en est retardée, si bien qu'il existe, comme le pense l'Ecole italienne, une sorte d'accumulation du médicament.

Les vertiges, les épistaxis, les bourdonnements d'oreilles, sont très notablement diminués, l'organisme n'étant point en effet surpris par une quantité relativement élevée du médicament. La susceptibilité du tube digestif est beaucoup moins grande avec les petites doses répétées qu'avec une forte dose donnée en une fois. Il n'est pas rare que celle-ci occasionne des vomissements ou en tout cas des troubles gastriques, alors que le plus souvent les faibles doses sont bien supportées.

La possibilité de provoquer l'apparition d'une crise d'hémoglobinurie avec une forte dose de quinine n'est point non plus à négliger. Il y a une vingtaine d'années, en France tout au moins, on admettait, d'une façon générale, que l'hémoglobinurie que l'on voyait survenir chez les paludéens était plutôt commandée par la maladie elle-même que par la thérapeutique ; ou bien l'on prétendait et, c'est une opinion qui est encore admise actuellement, qu'il s'agissait d'une maladie autonome, à germe déterminé ou non. Actuellement, on semble croire que l'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique doit être recherchée dans le paludisme, qui constitue la cause prédisposante. Quant à la cause déterminante, les classiques la trouvent le plus fréquemment dans la quinine, bien que d'autres médicaments ou d'autres causes puissent produire le même effet. Quoi qu'il en soit, la quinine peut assurément en certaines circonstances provoquer l'apparition d'urines noires que Vérétas considérait en 1854 comme des hématuries et que Tomaselli démontrait en 1878 être des hémoglobinuries ; ce dernier auteur estimait en outre que non seulement la quinine pouvait produire l'hémoglobinurie, mais encore une fièvre ictéro-hématurique, ne pouvant se distinguer de la bilieuse hémoglobinurique des pays-chauds. L'influence de la quinine sur la production de ce syndrome est admise par Koch. Vincent et Dopter ont montré l'influence hémolysante de la quinine sur le sang des paludéens. Il paraît donc indispensable, même si la bilieuse hémoglobinurique est une entité morbide différente de l'hémoglobinurie d'origine quinique, de se préoccuper dans l'administration du médicament de cette complication possible. Or l'administration de la quinine par petites doses paraît précisément être le meilleur procédé de prophylaxie de cette grave complication. En surveillant attentivement l'urine des malades et en s'arrêtant dès qu'elles deviennent albumineuses, symptôme prémonitoire de l'hémoglobinurie, on a beaucoup de chances de supprimer cette complication ou tout au moins d'en atténuer la gravité. On peut même, lorsque l'on est suffisamment outillé pour le faire, procéder régulièrement au dosage de la quinine dans l'urine, après chaque prise, déterminer ainsi la quantité minima qui entraîne un accès d'hémoglobinurie et, muni de cette donnée, procéder à l'entraînement de l'organisme à des doses de plus en plus fortes de quinine.

✦

(1) N. B. La statistique de Nocht comprend tous les cas qui ont servi à Ufer à établir la sienne.

Un avantage inhérent aux faibles doses réside également dans la restriction du nombre des injections hypodermiques. Celles-ci ont été préconisées pour plusieurs causes : en raison des troubles digestifs qu'occasionne l'administration de la quinine par la bouche. Or nous avons vu que les faibles doses ne provoquaient que rarement des vomissements et des douleurs gastriques. On a prétendu que l'injection hypodermique ou intra-musculaire était beaucoup plus efficace, beaucoup plus rapide dans son action que l'ingestion par la bouche. Les recherches de Giemsa ont montré que cette conception *a priori* était inexacte ; la quinine injectée est moins bien utilisée par l'organisme que la quinine ingérée. Au surplus, il semble bien que la vogue des injections hypodermiques soit moins considérable qu'autrefois. A la séance de décembre 1909 de la Société de thérapeutique, M. J. Chevalier et M. Bardet ont, en effet, insisté sur l'abus des injections de quinine dont l'action est irritante pour les tissus. Il n'est d'ailleurs pas exceptionnel de voir survenir à leur suite des abcès ou des eschares même quand les injections ont été pratiquées par des médecins. Il ne faut pas non plus négliger les chances de tétanos quinique, malgré que M. Rigollet ait cru devoir, il y a un an, insister sur son peu de fréquence, lorsque les injections sont faites correctement. Il nous faut, en effet, tenir compte et des faits recueillis par l'observation et de l'influence de la quinine sur la genèse du tétanos, mise expérimentalement en évidence en 1904 par les travaux de M. le professeur Vincent. L'hémoglobinurie quinique elle-même sera plus fréquente avec la méthode des injections qui ne peuvent pas être renouvelées cinq fois par jour et par conséquent introduisent en une ou deux fois dans l'organisme la quantité de quinine nécessaire pour vingt-quatre heures. Pour toutes ces raisons, l'injection de quinine doit être réservée aux cas particulièrement graves, lorsque le malade est dans le coma ou qu'il est atteint de vomissements fréquents.

M. Laveran a fait à la méthode de Nocht l'objection qu'elle n'avait été employée qu'à Hambourg et qu'elle ne pouvait s'appliquer au traitement de la maladie dans les pays chauds. En réalité, les cas de paludisme traités à Hambourg avaient été en grand nombre contractés dans les pays chauds et beaucoup étaient graves. De plus, récemment, la méthode a été expérimentée sous les tropiques où elle a fourni d'excellents résultats : le compte rendu de l'état sanitaire des troupes coloniales allemandes pour la période 1905-06 lui est favorable. Dans la marine, elle a donné des succès à Ruge dont on connaît la compétence en fait de fièvre paludéenne. Récemment, Külz a rapporté les bons résultats qu'il en a obtenus chez 92 malades au Cameroun ; il n'a pas observé d'attaque d'hémoglobinurie d'origine quinique, le traitement par doses fractionnées permettant, comme il le dit, de s'arrêter dès l'apparition des symptômes prémonitoires de l'accès : douleurs et gonflements du foie, douleurs rénales, albuminurie. Mais même si un accès d'hémoglobinurie survenait, il serait certainement moins grave que chez un individu qui aurait absorbé 1 gr. de quinine, car la dose limite qui entraîne l'hémolyse est d'autant moins dépassée que la quantité de quinine ingérée a été moins considérable. Kulz reconnaît que la méthode des doses fractionnées est surtout indiquée sous les tropiques, car c'est là que les malades supportent le moins bien le médicament.

Nous avons de notre côté eu recours depuis quelques mois à la méthode de Nocht chez 9 malades ; tous étaient atteints de fièvre du type tierce et tous présentaient dans le sang des parasites répondant à cette forme. De plus, chez l'un d'entre eux, on trouvait associés au parasite de la tierce des croissants que l'on rencontrerait seulement dans les formes tropicales. Deux de nos malades avaient séjourné à Madagascar, 1 en Tunisie, 3 en Algérie, 1 en Asie-Mineure et 2 étaient originaires de Corse. Tous ont été traités par la méthode de Nocht telle qu'elle a été exposée ci-dessus et s'en sont bien trouvés.

Les parasites avaient disparu chez tous les malades après deux jours de traitement, sauf les croissants observés chez un malade qui avait contracté son affection à Madagascar : le fait n'a rien d'étonnant, la quinine étant sans influence sur les gamètes, et sauf les hématozoaires du malade qui s'était infecté en Syrie, et chez qui ils ont persisté 6 jours. Ce dernier fut également le seul chez lequel la fièvre ne fut pas jugulée en 24 heures, mais qui eut encore deux accès après la première prise de quinine. Il s'agissait en effet d'un malade qui fut pris de paludisme au commencement de la convalescence d'une scarlatine sévère et chez lequel le traitement quinique ne fut pas, au début au moins, aussi intensif que chez les autres, afin de ménager ses reins. Nos cas sont peu nombreux, ils ne visent que la forme tierce de la malaria. Ils ont été observés chez des malades séjournant en France depuis quelque temps déjà. On ne peut donc en tirer de conclusions formelles en faveur de la méthode de Nocht ; on peut dire seulement que, comme l'a écrit son promoteur, la quinine est, dans ce mode de traitement, parfaitement supportée. Elle aurait une influence favorable sur les diverses formes de paludisme, si l'on en croit les médecins qui l'ont utilisée, et elle paraît de ce fait intéressante à expérimenter.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'alcoolisme et la dépopulation.

Un grand nombre d'économistes ont attribué à l'alcoolisme la dépopulation et la prétendue décadence de la France.

Chaque Français consommerait par an 15 litres 70 d'alcool pur, sous forme d'eau-de-vie et de boissons dites hygiéniques, et notre pays est un de ceux où ce chiffre est le plus élevé. Pourtant, si cette consommation était uniformément répartie, la dose de poison serait relativement faible. Sans doute les enfants en bas âge ne prennent point d'alcool, un grand nombre de femmes, de valétudinaires, de vieillards en boivent peu. Doublons le chiffre de la consommation, portons à 30 litres la moyenne que chaque Français adulte et valide boit par an. Ceci correspondrait à 8 centilitres d'alcool par jour, ce qui équivaut à un peu plus de deux tiers de litre d'un vin modérément alcoolisé à 10 p. 100.

En réalité un tel calcul est inexact, c'est une minorité qui boit avec excès, surtout les ouvriers des villes. Aussi les médecins qui les soignent dans les hôpitaux s'exagèrent-ils le danger social de l'alcoolisme.

Arsène Dumont, dans son livre : *La morale basée sur la démographie* » montrait le peu d'influence de l'alcoolisme sur la dépopulation au moyen du calcul suivant : Évaluons à un centième de la population la proportion d'adultes alcooliques frappés de stérilité ; au taux actuel de la natalité, la perte serait de 8436 naissances par an, c'est-à-dire que si cette cause n'existait pas, la natalité s'élèverait de 22 naissances pour 1000 à 22,2, ce qui est infime.

L'alcoolisme est un fléau local qui frappe certains cen-

tres industriels, certains quartiers misérables dans les grandes villes. Il mérite d'être énergiquement combattu, mais il ne faudrait pas s'en exagérer l'importance au point de vue de la dépopulation.

Il convient pourtant de faire une restriction. Une quantité d'alcool, probablement fort élevée, échappe aux statisticiens ; celle des bouilleurs de cru, dont la fraude est tolérée, c'est elle qui produit dans les milieux ruraux l'alcoolisme, qui se développe chaque jour davantage dans certaines provinces, comme la Normandie et la Bretagne. Le Dr R. Leroy signalait dans l'Eure, département essentiellement agricole, l'accroissement de la mortalité infantile, et la diminution de la vie moyenne, qui a passé de 22 décès dans la période de 1831 à 1840 à 26 décès en 1891-1898. Le Dr Baratier faisait la même constatation à Quimper : au conseil de révision en 1901, il y avait 37 p. 100 d'exemptés et d'ajournés. Dans le Calvados, le Dr Barthès constatait que, depuis quinze ans, le nombre des conscrits réformés avait triplé en même temps que la mortalité augmentait d'un quart.

L'alcoolisme le plus dangereux est celui que l'on ignore.

Félix Regnault.

ACTUALITES MÉDICALES A L'ÉTRANGER

—

Les troubles oculaires causés par les dérivés arsenicaux.

Cette question a un regain d'actualité depuis la récente découverte d'Ehrlich. On sait en effet que certains composés arsenicaux, comme l'*atoxyl*, employé dans le traitement des trypanomiases, puis dans celui de la syphilis, ont été abandonnés en raison des troubles oculaires graves qu'ils provoquaient. L'*arsacétine* d'Ehrlich, a causé également des troubles de la vue. Un autre produit arsenical français, l'*hectine*, découverte par Mouneyrat, présente cet avantage sur les produits précédents, d'être à peu près inoffensive pour l'œil. Les cas très rares d'amblyopie signalés sont tout à fait passagers et cessent immédiatement dès qu'on suspend le médicament. Quant à l'*arséno-benzol* (606) le dernier dérivé arsenical découvert par Ehrlich, il semble actuellement être dépourvu de toxicité pour l'appareil visuel.

Des bruits non contrôlables ont couru sur des cas de cécité consécutifs à une injection de 606. Il serait du devoir le plus élémentaire des auteurs de publier immédiatement leurs observations, si elles existent. Jusqu'à preuve du contraire, on ne peut faire état de pareils racontars.

***

Ce qui est certain, c'est que l'*atoxyl* a causé des troubles oculaires graves et irréparables, et K. Steindorff (1) a pu rassembler 95 cas de cécité ou d'amblyopie causés par ce produit arsenical.

Voici comment les choses se passent : souvent avant l'apparition des troubles oculaires, il existe des altérations de l'état général. Les malades se plaignent, après l'injection, de fatigue générale, d'affaiblissement psychique, de vertiges, de céphalée et de vomissements, de douleurs abdominales, de dyspnée et d'anurie, d'hypothermie et de sensation de froid, de bourdonnements d'oreille ou de surdité.

Les premiers phénomènes qui indiquent une participation de l'œil sont l'apparition de flammèches, de nuages ou de brouillards et un obscurcissement de la vue. A l'examen, on constate une diminution plus ou moins notable de l'acuité visuelle du côté nasal, plus que du côté temporal : ce fait indique une lésion toxique atteignant surtout le faisceau maculo-papillaire.

(1) Steindorff. — *Berlin. Klin. Woch.*, 3 octobre 1910, p. 1837.

L'examen du fond de l'œil est ordinairement négatif au début des troubles subjectifs : les artères rétiniennes sont plus ou moins rétrécies, les veines sont congestionnées.

Au bout de quelques semaines, les deux papilles pâlissent et le processus marche rapidement vers l'atrophie complète du nerf optique : les bords de la papille sont nets ; rarement on observe une papille à bords flous (Fehr) (1). Un cas de Lesser-Greeff-Herford (2) constitue une exception. A l'ophtalmoscope, on nota de petites hémorragies rétiniennes, chez une personne myope qui reçut 5 injections de 0 gr. 50 d'atoxyl pour un pemphigus vulgaire : les hémorragies disparurent après la suppression du médicament. Rien ne prouve qu'il s'agit dans ce cas de lésions dues à l'atoxyl.

Au fur et à mesure que la papille blanchit, l'acuité visuelle diminue jusqu'à la cécité complète. Il est à noter que la réaction pupillaire est très longtemps conservée dans la majorité des cas, mais à la fin, les pupilles deviennent dilatées et immobiles à la lumière.

Le pronostic de l'amaurose atoxylique est d'autant plus grave qu'on ne peut arrêter aussitôt l'action du médicament. Quand les premiers symptômes oculaires apparaissent, il est déjà trop tard. Dans les deux cas de Fehr, cependant, on signale un arrêt des accidents et on peut conserver un certain degré de vision. Beck (3) relate également les cas de 7 nègres atteints de maladie du sommeil et chez lesquels ne persistèrent que de légers troubles vasculaires, en partie fugaces, en partie stationnaires.

Ce sont là des faits rares. Dans la majorité des cas, ou bien toute perception lumineuse est disparue, ou bien il persiste une acuité visuelle si faible que pratiquement les malades sont aveugles.

Quant au traitement, il est complètement impuissant.

***

Les altérations oculaires observées sont-elles bien dues à l'atoxyl et ne peut-on incriminer les affections pour lesquelles on emploie ce médicament ? Il est des cas douteux : celui de Lesser-Greeff-Herford est du nombre. Faber et Stärke (4) rapportent les cas d'un homme du Congo français qui fut traité par l'atoxyl par une affection cutanée analogue à la frambœsia et pour trypanosomiase. A l'ophtalmoscope, on constata une papillite, lésion qu'on observe très rarement à la suite de l'atoxyl. D'autre part, les autres manifestations oculaires : rétrécissement concentrique du champ visuel, l'acuité centrale conservée dans un œil, presque disparue dans l'autre, ressemblent fort à celle qu'on observe dans l'intoxication atoxylique ; néanmoins ce cas reste douteux.

Ordinairement, l'évolution toujours identique des troubles oculaires plaide en faveur de l'origine atoxylique. De plus, chez l'homme, les trypanosomiases ne causent jamais d'atrophie optique.

Peut-être l'alcoolisme favorise-t-il l'apparition de troubles oculaires causés par l'atoxyl (cas de Lesser-Greeff-Herford, de Schirmer-Ransohoff). Igersheimer (5) est d'avis qu'un œil déjà affaibli avant le traitement atoxylique, d'une façon plus ou moins latente, par certains poisons comme l'arsenic, le mercure, l'alcool, est prédisposé davantage à l'amblyopie atoxylique. Il base cette affirmation sur une observation de Coronat (6). Un médecin qui avait reçu de hautes doses de mercure devint presque complètement aveugle en l'espace de 8 jours, à la suite de 5 injections d'atoxyl de 0 gr. 50 faites en 10 jours. De même, le nerf optique d'un tabétique est plus particulièrement sensible à

(1) Fehr. — *Deutsche med. Woch.*, n° 49, 1907.
(2) Lesser-Greeff. — *Deuts. med. Woch.*, 1907 p. 1313.
Herford. — *Charité Ann.*, Bd. 3[?].
(3) Beck. — *Centralbl. f. Augenheilk.*, mai 1909.
(4) Faber et Starke. — *Nederl. Tij. voor Gen*, 1908, I.
(5) Igersheimer. — *Archiv. f. Ophtalm.* Bd. 71, p. 379.
(6) Coronat. — *Lyon médical*, 1909, n° 4.

l'atoxyl; ainsi s'explique la baisse rapide de la vision dans le cas de Watermann (1).

L'apparition de l'amblyopie atoxylique dépend de la quantité de poison introduite dans l'organisme. La dose unique a été trop forte ; de trop grandes quantités ont été injectées en un laps de temps trop court ; la masse totale a été trop élevée ; telles sont les trois hypothèses à envisager.

Déjà Lassar, qui injectait 3 fois par semaine 0.50 de la solution à 10 %, pensait à une action cumulative du médicament. Mais l'étude attentive des cas publiés de cécité par l'atoxyl ne permet pas d'établir un rapport rigoureux entre la dose employée et les résultats observés.

Dans les premiers cas connus, assurément la dose totale était considérable ; le malade de Bornemann (2) reçut 27 gr. 30 en 2 mois et demi ; celui de v. Krudener (3) reçut 50 gr. en 7 mois ; celui de Fehr reçut en « plusieurs mois » 25 gr. et 50 gr. ; mais chaque dose ne dépassait pas 0.40. Un malade d'Ayrès-Kopke (4) devint aveugle à la suite de 23 gr. d'atoxyl injectés en 4 fois en l'espace de 4 mois ; d'autres malades, au contraire, reçurent 39 gr., 44 gr. 50, et même 54 gr. sans présenter le moindre trouble. Il est donc difficile d'incriminer la quantité globale du poison. Les membres de l'expédition Koch contre la maladie du sommeil n'observèrent de cas de cécité que lorsque la dose initiale (0.40 en 2 jours consécutifs avec pause de 10 à 20 jours) fut augmentée jusqu'à 1 gr. tous les 5-6 jours. Beck estime avec raison que les petites doses (0.30 à 0.40) injectées tous les jours, pendant longtemps sans pause, ou bien les hautes doses (0.80 à 1 gr.) injectées en peu de jours avec une pause sont les plus dangereuses. Il importe peu que les injections soient faites intra-musculaires, sous-arachnoïdiennes ou sous-cutanées. De même, l'âge, le sexe, la gravité de la maladie qu'on traite sont indifférents.

***

L'allure de la cécité par l'atoxyl est bien spéciale. Elle ne rentre dans aucun des deux groupes de lésions toxiques du nerf optique décrits par Uhthoff. L'un de ces groupes comprend les névrites rétro-bulbaires partielles avec scotome central, champ visuel périphérique conservé, atrophie partielle du faisceau maculo-papillaire : telles sont les névrites causées par le tabac, l'alcool, le sulfure de carbone, l'arsénic, l'iodoforme, le haschich. Dans l'autre groupe il faut ranger les lésions surtout vasculaires, causées par la quinine, l'acide salicylique, la fougère mâle, l'écorce de racine de grenadier. Au milieu de ces deux groupes, se place le plomb.

Au contraire, l'amblyopie atoxylique se présente avec le tableau de l'atrophie optique simple progressive. Pour Rosenfeld (5), il faudrait distinguer deux formes différentes : l'amaurose aiguë avec rétrécissement concentrique du champ visuel et atrophie optique secondaire, et une forme chronique évoluant comme une névrite rétro-bulbaire avec scotome central.

Un cas de cécité atoxylique chez l'homme put seul être examiné anatomiquement : celui de Nonne (6). Une femme de 30 ans, traitée par des injections d'atoxyl pour métastases cancéreuses, devient complètement aveugle, en l'espace de deux jours ; 3 semaines plus tard, les papilles commencent à pâlir et au bout d'un mois, elles étaient blanches, porcelainées. Au microscope, on nota une dégénérescence, à la Marchi, de l'extrémité périphérique du nerf optique jusqu'au chiasma : il n'y avait pas d'altérations inflammatoires. Mais il existait un processus de dégénérescence parenchymateuse dans la partie du nerf optique juxta chiasmatique dans le tractus et dans le chiasma lui-même.

Birsch-Hirschfeld et Köster (7) firent des recherches expérimentales en empoisonnant des chiens et des lapins avec de petites doses d'atoxyl (0,10 par dose en moyenne). Ils constatèrent une destruction avancée de la couche de cellules ganglionnaires de la rétine et une lésion diffuse des gaines médullaires du nerf optique traité par la méthode de Marchi.

Igersheimer a montré combien grande est l'affinité des éléments nerveux et rétiniens pour l'atoxyl. Une injection sous-conjonctivale d'atoxyl lèse le nerf optique en laissant la rétine intacte. Une injection sous-cutanée d'atoxyl chez des chiens et des chats amène des phénomènes de dégénérescence du nerf optique et de la rétine. Wendelstadt (1) vit survenir chez des rats infectés par des trypanosomes et traités par un corps analogue à l'atoxyl une amaurose vérifiée à l'ophtalmoscope. Beck fit les mêmes constatations sur deux rats.

Ces expériences confirment donc les observations cliniques et anatomiques faites chez l'homme : l'atoxyl a une préférence marquée pour les éléments nerveux de l'œil.

***

On s'est demandé quels étaient les facteurs qui agissaient dans l'intoxication atoxylique : était-ce l'aniline ou l'arsenic, ou bien la molécule entière ?

Les observations publiées d'intoxication arsenicale signalent rarement une lésion oculaire, et en particulier le nerf optique est peu souvent touché. Quand elles existent, les lésions affectent le type de la névrite optique, et le pronostic est très favorable. C'est ainsi que le malade de Liebrecht (2) présenta le tableau typique de la névrite rétro-bulbaire.

Jamais on observa de dégénérescence primitive du nerf optique si fréquemment notée avec l'atoxyl.

Ces faits ne semblent pas favoriser l'hypothèse de Blumenthal (3) qui regarde l'arsenic comme le corps toxique de la molécule atoxylique.

Quant à l'intoxication anilinée, elle se manifeste, au point de vue oculaire, par des signes de névrite optique rétro-bulbaire avec rétrécissement concentrique du champ visuel et scotome central pour le rouge et le vert. Son pronostic est favorable. Il y a donc là rien de commun avec les troubles visuels dus à l'atoxyl. Et quand Fehr estime que l'aniline est la cause des troubles visuels atoxyliques, cette affirmation ne résiste pas à la critique.

Il semble donc que c'est à la molécule entière d'atoxyl que doivent être attribués les accidents oculaires observés.

Ces accidents ont conduit Ehrlich à introduire dans la thérapeutique un nouveau corps qui devait être de 4 à 5 fois moins toxique que l'atoxyl : l'*arsacétine* (paraacétylaminophénylarséniate de soude). Les mêmes conséquences fâcheuses ont été observées : céphalée, manie et hallucinations, malaise général, vomissements, vertiges, néphrite, douleurs abdominales, douleurs des membres. Le nerf optique fut aussi fréquemment touché, comme le montrent les observations de Ruete (4), d'Iversen (5), de Judin (6) de Weinstein (7) et de Hammer (8).

Dans l'un des cas de Paderstein (9), on donna d'abord de l'atoxyl, puis de l'arsacétine : on ne peut donc préciser quelle part revient à chaque médicament ; mais il est certain que même des doses minimes d'arsacétine suffisent dans un temps très court à amener l'atrophie du nerf optique.

Les observations de Clarke (10) montrent combien sont dangereux les corps voisins de l'atoxyl comme poisons du nerf optique. Il signale une atrophie optique avec dimi-

(1) Watermann. — *Berlin. klin. Woch.* 1907, n° 35.
(2) Bornemann. — *Münch. med. Woch.*, 1905, n° 22.
(3) V. Krudener. — *Zeitsch. für Augenheilk*, XVI.
(4) Ayrès-Kopke. — 14° *Internat. Kongress für Hygiene*, Bd. 3.
(5) Rosenfeld. — *Therap. obosren*, 1909, n° 16.
(6) Nonne. — *Med. klinik*. 1908, n. 20.
(7) Birsh-Hirschfeld et Koster. — *Fortschr. der Mediz.*, n° 22, 1908.

(1) Wendelstadt. — *Berlin. klin. Woch.*, n° 51, 1908.
(2) Liebrecht. — *Klin. Monatsb. für Augenh.*, 1891, Bd 29.
(3) Blumenthal. — *Medizin Woch.*, 1902, p. 15.
(4) Ruete. — *Münch. med. Woch.*, 1909, n° 49.
(5) Iversen. — *Roussk. Vratch.*, 1909, n° 49.
(6) Judin. — *Woch. für Therapie und. Hyg. des Auges*, 1909-10 n° 5.
(7) Weinsten. — *St-Pétersb. opht. Gesell.* 1909, 14 mai.
(8) Hammer. — *Deutsch. med. Woch.* 1910, n° 6, p. 267.
(9) Paderstein. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1909, n° 22.
(10) Clarke. — *Opht. Soc. of. the. Unit. Kingdom*, 9 juin 1910.

nution très marquée de l'acuité visuelle après une injection de *soamine* (paraamido-phényl-arséniate de soude) et d'*orsoudan* (triméthyltétra-acétyl-amido-phényl-arséniate de soude). Des cas semblables sont rapportés par Ward Bagshaw van Someren et Leudie, et Blaikie.

De ces faits, il résulte que tant que nous ne serons pas suffisamment renseignés sur le mécanisme intime de la toxicité des produits arsenicaux, ainsi que sur la prédisposition individuelle, on ne devra employer ces corps qu'avec la plus grande circonspection. BURNIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 octobre 1910.

Utilité de l'évaluation du pouvoir hémolysant des sérums sanguins dans le séro-diagnostic de la syphilis.— MM. ***Hallion*** et ***Bauer***. La séroréaction de Hecht, dérivée de la méthode de Wassermann, offre pour le diagnostic de la syphilis, à côté de certains avantages, un défaut sérieux : celui d'utiliser des quantités inconnues d'hémolysine et d'alexine. Dans le sang humain, en effet, les proportions d'hémolysine et d'alexine, et par conséquent la puissance hémolysante sont variables d'un sujet à l'autre. Dans le cas où cette puissance est très grande, les anticorps syphilitiques, même en proportions notables, ne suffisent pas à l'abolir et, par suite, leur présence reste méconnue. Dans le cas où elle est plutôt faible, l'antigène syphilitique seul, même en l'absence d'anticorps spécifiques, risque au contraire d'y suffire ; on est alors exposé à croire faussement à la présence d'anticorps. La réaction peut donc être indûment négative dans le premier cas, indûment positive dans le second.

Pour éviter ce double écueil, nous dosons d'abord le pouvoir hémolysant de chaque sérum d'après la quantité de globules rouges qu'il est susceptible de détruire en un temps donné. Cela nous permet ensuite, dans l'épreuve définitive, de proportionner la dilution globulaire employée à l'énergie du pouvoir hémolysant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1910.

Une nouvelle préparation d'opium (injectable). — M. le Pr ***Pouchet***, à l'occasion des intéressants travaux de M. le professeur SAHLI, de Berne, étudie une nouvelle préparation d'opium injectable. Cette préparation, dénommée PANTOPON, réalise le désir, bien des fois exprimé par tous les pharmacologues, de constituer un produit représentant l'action totale de l'opium. Le PANTOPON représente en effet la totalité des principes actifs, des alcaloïdes de l'opium. On emploie ce médicament, aux doses de deux à quatre centigrammes par voie d'injection hypodermique, d'un à cinq centigrammes, sous forme de comprimés (d'un centigramme chacun), de cinq à huit centigrammes dans une potion de 150 à 300 grammes.

D'un grand nombre d'observations, il résulte que les qualités de l'action médicamenteuse exercée par cette substance la différencient nettement tant de la morphine que de l'extrait thébaïque ; d'autre part, cette préparation permet de réaliser l'emploi médicamenteux de l'opium brut avec une très grande facilité et notamment sous forme d'injections hypodermiques ; enfin l'emploi du PANTOPON ne présente pas les inconvénients de l'opium, ni de la morphine (excitation, état nauséeux, euphorie, etc.). Aussi M. POUCHET se propose-t-il de revenir plus longuement dans un travail ultérieur sur l'action pharmacodynamique de ce produit appelé à se substituer à l'opium et à la plupart de ses dérivés.

Séance du 25 octobre 1910.

La folie de Charles VI. — M. ***E. Dupré***. La folie de Charles VI, roi de France, a déjà suscité plusieurs travaux qui ne discutent pas tous les éléments du problème et diffèrent, d'ailleurs, dans leurs conclusions.

Tandis que les uns concluent à la manie intermittente et les autres à la confusion mentale, aucun auteur ne fait leur part, dans le tableau clinique, aux accès de mélancolie qui alternent irrégulièrement avec les accès de manie.

En réalité, le roi, d hérédité vésanique, d'intelligence médiocre et de mentalité déséquilibrée, présenta pendant trente ans les accès d'une psychose intermittente, à forme irrégulièrement alterne, avec intervalles lucides, pendant lesquels il reprenait, avec quelques défaillances épisodiques, son rôle et ses fonctions de roi.

L'affection débuta à l'âge de 24 ans, quelques mois après une fièvre typhoïde probable, par la crise demeurée fameuse de la forêt du Mans.

L'analyse clinique de cette crise y révèle l'association de l'agitation maniaque et du délire confusionnel : la confusion mentale, d'origine toxique, déterminée chez un convalescent par la fatigue, l'insolation et quelques excès probables de boisson, se marqua par l'inconscience et l'amnésie des faits, les troubles sensoriels, la fugue et les accidents ultérieurs d'adynamie et de collapsus.

L'apparition du vagabond, obstiné et insaisissable, qui effraya le roi, est relatée dans trois chroniques du temps, dont les récits, d'ailleurs contradictoires, sont peu vraisemblables, et dont la critique laisse place à l'hypothèse d'une illusion collective, suggérée à son entourage par le monarque halluciné au début de la plus violente et de la plus dramatique des crises délirantes.

BENJAMIN BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 octobre 1910.

Le président, M. ***de Beurmann***, lit l'éloge de M. ***Lancereaux*** décédé récemment.

MM. ***Galliard*** et ***Banfle***, ont observé deux cas de méningites diverses analogues à ceux qui furent rapportés dans la dernière séance.

Chez une jeune fille de 21 ans, le tableau simulait absolument la tuberculose (une pleurésie apparut même ultérieurement) ; la ponction lombaire montra un liquide clair, contenant des lymphocytes. L'évolution fut bénigne et la guérison survint en huit jours.

Chez un autre malade atteint de fièvre typhoïde, il exista à la période d'invasion des phénomènes méningés qui guérirent rapidement, alors que la fièvre typhoïde suivait son cours.

MM. ***Widal*** et ***Lemierre*** ont observé également cet été, à l'hôpital Cochin, 6 cas de *méningites* à évolution bénigne analogue à ceux que M. Rist a observés à l'hôpital Trousseau. Le début des accidents méningés était toujours brusque: avec signe de Kernig, raideur de la nuque, vomissements, céphalée, rachialgie, puis au bout de 4 à 5 jours, les symptômes s'amendèrent. Dans tous les cas la guérison survint, le liquide céphalo-rachidien était toujours clair, présentant une lymphocytose très marquée parfois exclusive et aucun microbe ne peut être décélé, ni par frottis, ni par inoculation, ni par ensemencement.

MM. ***Guillain*** et Ch. ***Richet*** ont observé cet été à l'hôpital Cochin 4 malades présentant un *syndrome méningé avec ictère*. Un de ces malades est amené le 24 août 1910 avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

Le début a été brusque avec céphalée, raideur de la nuque, asthénie, troubles cardiaques. Le lendemain de son entrée apparaît un ictère typique par rétention avec chlorurie et cholémie. La durée de cet ictère fut de 6 jours pendant lesquels le malade eut de la fièvre ; la ponction lombaire donne un liquide clair avec une légère polynucléose (3 polynucléaires pour 2 lymphocytes). Aucun microbe ne peut être décelé ; le malade guérit en quelques semaines.

Chez un autre malade l'affection débute brusquement le 3 septembre par une douleur lombaire et la céphalée ; puis apparut un subictère et un syndrome méningé. L'ictère devint ensuite plus intense. Le liquide céphalo-rachidien contenait des polynucléaires et des mononucléaires, mais aucun microbe. Guérison.

Le 7 septembre, un autre malade de 18 ans était pris brusquement de céphalée et de douleurs lombaires, puis apparaissait un ictère par rétention avec un syndrome méningé identique.

Le 11 septembre, un autre malade présente des symptômes analogues.

Tous ces malades étaient des individus jeunes, du sexe masculin : chez tous l'affection débuta brusquement.

Pendant la période d'état il existait de la fièvre, un syndrome méningé, bref les rotuliens étaient abolis ou diminués, il existait de l'albuminurie et de l'ictère.

Il ne semble pas qu'il faille rattacher ces cas à la méningite cérébro-spinale ni à la maladie de Heine-Medin. Les auteurs pensent qu'il s'agit là d'une affection spéciale à un microbe inconnu. La notion de l'épidimicité ne leur paraît pas établie. Ces malades habitaient, il est vrai, dans les XIIIe et XIVe arrondissements, mais à de grandes distances les uns des autres.

M. *Widal* fait remarquer que dans deux de ses cas, on observa de l'ictère, et l'un des malades travaillait dans le même atelier que le premier malade de M. Guillain. L'ictère était dans ce cas un ictère par rétention et il apparut après l'état méningé, après la période fébrile : chez l'autre malade, l'ictère n'était pas un ictère par rétention et il apparut pendant la période fébrile. M. Widal pense qu'il s'agit dans ce cas d'une infection générale de localisation secondaire multiple au niveau du foie et des méninges.

M. *Netter* est également d'avis de considérer l'ictère comme un symptôme spécial d'une infection générale et non pas de regarder ce cas comme une nouvelle entité morbide. Il a observé pour sa part un cas analogue à ceux de M. Guillain. Il insiste sur la fréquence de ces observations durant cet été, ce qui paraît présenter un certain caractère épidémique.

M. *Rist* n'a pas observé d'ictère dans ses cas. Par contre, il a été frappé de la fréquence des cas d'ictère par rétention sans syndrome méningé à l'hôpital Trousseau, cet été.

Il semble qu'il y ait là un rapprochement épidémiologique à établir.

M. *P. E. Weill* expose ses idées sur l'*hémophilie*. Il est aussi d'avis que les injections sous-cutanées de peptone de Witte, préconisées par Nobécourt et Tixier donnent de bons résultats. Mais il a obtenu de nombreux succès avec le sérum, et jamais il n'a observé d'accidents d'anaphylaxie avec des injections de sérum répétées tous les 2 à 3 mois.

M. *P. Marie* rapporte un cas d'*amélioration rapide d'une paralysie complète de la troisième paire par le* « 606 ». Un homme de 51 ans n'a obtenu qu'une amélioration légère de sa paralysie après 2 gr. 80 de protoiodure. Le surlendemain de l'injection de « 606 », il s'aperçut en lisant son journal que la diplopie était disparue ainsi que le ptosis.

M. *Milian* a également observé deux malades atteints d'une paralysie de la 3e paire, mais le « 606 » n'amena aucune amélioration. L'un de ces malades qui avait la paralysie complète depuis 8 jours, reçut 70 centigr., le deuxième est également injecté depuis 15 jours. Les résultats sont absolument négatifs.

M. *Sicard* a observé chez un tabetique une *rétrocession du signe de Robertson* après une injection de 0 gr. 25 de « 606 ». Huit jours après l'injection, la pupille réagissait à la lumière.

M. *Janselme* présente une femme qui reçut, le 24 septembre, une injection intrafessière de 0 gr. 45 de 606 pour une variole secondaire et syphilides papuleuses. La variole disparut rapidement et le Wassermann, de positif devint négatif ; le 3 octobre, apparut une nouvelle poussée de variole. L'auteur pense qu'il faut incriminer dans ce cas la faible dose employée. Il a observé que deux injections de 0.30 de 606 n'amènent pas le même résultat qu'une injection unique de 0 gr. 60.

M. *Martin* pratique surtout l'injection intra-veineuse de 606. Il a vu dans un cas une roséole intense survenir 6 heures après une injection.

Pleurésies sèches avec dysphagie douloureuse. — M. *Ch. Mantoux* (de Cannes) a observé, chez plusieurs de ses malades atteints de pleurésie sèche, l'apparition de phénomènes de dysphagie douloureuse. La douleur se produit quelques secondes après l'ingestion des aliments. Elle se renouvelle chaque fois que le malade avale une nouvelle bouchée. Sa durée, très variable, a pu atteindre plusieurs mois. Elle semble liée à l'existence d'une plaque de pleurésie sèche médiastinale juxta-œsophagienne.

BURNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 octobre 1910

A propos de l'ulcère duodénal. — M. *Mathieu*, à l'occasion du rapport de M. Ricard au dernier Congrès français de Chirurgie, fait observer que la symptomatologie qui, d'après les chirurgiens anglo-américains, caractérise l'ulcère du duodénum, n'est autre que celle que médecins et chirurgiens français attribuent à l'ulcus pylorique ou du moins voisin du pylore. Les auteurs anglo-américains ayant pris comme point de repère une veine pylorique qui est située un peu à gauche de la limite que nous assignons en France au pylore, décrivent certainement comme duodénaux des ulcères que les médecins ou chirurgiens français considéreraient comme pyloriques. Et si, d'après les pièces d'autopsie ou provenant de résections chirurgicales, on compare la fréquence relative de l'ulcère du duodénum on constate que ce dernier est 7 à 8 fois moins fréquent que le premier, loin d'être, comme on l'a dit, 2 fois plus commun.

Les auteurs américains admettent donc probablement un nombre relativement trop élevé d'ulcères duodénaux. D'ailleurs si vraiment cette affection était aussi fréquente qu'ils le disent, il faut alors admettre qu'elle guérit dans le plus grand nombre des cas sans intervention chirurgicale.

Le simple traitement médical suffit en effet, d'après les constatations cliniques de M. M. pour faire disparaître les manifestations gastropathiques signalées par les anglo-américains comme pathognomoniques de l'ulcère duodénal. Il ne semble donc pas démontré que l'intervention soit légitime dans les formes légères du syndrome de Reichmann, quelle que soit la bénignité relative de cette intervention accusée par les statistiques des chirurgiens.

Il ne faut pas non plus cependant tomber dans l'excès contraire et attendre, pour se décider à intervenir, que l'ulcère ait trop progressé, soit devenu chronique, que sous l'influence d'une sténose pylorique manifeste, le malade se soit amaigri et cachectisé.

Plaie de la rate par coup de feu. — M. *Auvray* fait un rapport sur trois cas de plaie de la rate par balle qui ont été communiqués à la Société par M. Guibé. Traités tous trois par la splénectomie, deux d'entre eux ont succombé, le 3e a guéri.

Cette mortalité correspond presque à la moyenne si l'on en juge par la statistique de 95 cas relevés par M. Guibé : avec 95 plaies de la rate par balle, tous opérés, il y a eu 65 morts, soit 58 0/0.

Ces plaies comportent donc un pronostic très grave et cette gravité semble due à ce que les plaies par balle sont plus délabrantes que les plaies par arme blanche, et aussi à ce que d'autres organes sont souvent lésés par surcroît et du même coup : lésions du foie, de l'estomac, de l'intestin, etc. qui peuvent demeurer inaperçues.

Pour éviter ce grave écueil, il est bon de faire de vastes incisions et souvent de faire une thoracotomie (ou une thoracectomie) qui permettra d'explorer tout le voisinage.

Quant à la conduite à tenir pour la rate elle-même, on s'est déjà souvent posé cette question : faut-il suturer l'organe ou faire une splénectomie ? Il faut régler sa conduite sur les circonstances et se comporter suivant la gravité des lésions — sans oublier toutefois que la rate, sans être indispensable, est cependant un organe utile, et qu'il vaut mieux conserver chaque fois que la chose est possible.

Grossesse double dans l'utérus didelphe. — M. *Rochard*. Je vous apporte l'observation d'une jeune femme à laquelle j'ai fait une hystérectomie dans les circonstances suivantes : Elle entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une fausse couche imminente. Au toucher, la vulve, le vagin, le col, apparurent normaux ; mais le corps utérin paraissait augmenté de volume, rejeté latéralement, et dans le Douglas on sentait une masse molle et douloureuse. On pensa à une grossesse tubaire rompue.

La laparatomie, faite d'urgence, montra, qu'il s'agissait d'un utérus didelphe dont chaque corps paraissait contenir un fœtus. Chaque utérus était muni d'une seule trompe et d'un seul ovaire. Malgré qu'on ait vu des utérus didelphes mener leur grossesse double à terme, les accidents en pareil cas sont si fré-

quents que j'ai cru prudent de faire une double hystérectomie, qui fut simple et suivie rapidement de guérison. Chacun des corps utérins renfermait un fœtus de 6 semaines environ.

Ch Le Braz.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 20 octobre 1910.

Un cas de délire d'interprétation à forme de délire télépathique. MM. *Gaston Maillard* et *Lévy*.— L'auteur présente une femme âgée de 50 ans chez qui s'est développé un délire assez complexe dont la trame est un système de télépathie. Les interprétations sont multiples, les hallucinations sont douteuses. Néanmoins l'auteur pense qu'au point de vue nosologique, il s'agit bien d'un délire d'interprétation.

M. *Dupré* fait des réserves sur les hallucinations, qui lui paraissent exister. Il croit, contrairement à l'auteur, que ce cas doit sortir du cadre de la paranoïa et rentrer plutôt dans les délires d'influence à troubles cénesthopathiques prédominants.

M. *Arnaud* s'associe à l'opinion de M. Dupré et, s'appuyant sur l'existence des hallucinations, d'idées de grandeur et sur la marche des accidents, voit dans ce cas un exemple de délire à évolution systématique.

M. *Briand* provoque une réponse négative de M. Maillard en demandant si un appoint alcoolique n'expliquerait pas ces hallucinations.

M. *Ballet* à propos des termes de paranoïa et délire systématisé, fait incidemment remarquer que la systématisation des délires lui paraît plus schématique que réelle et doit être créée la plupart du temps par le médecin.

M. *Maillard* répond aux objections qui lui sont faites que l'ensemble des troubles lui paraît justifier le diagnostic de délire d'interprétation.

Un cas de manie akinétique. — MM. *Pierre Kahn* et *Guichard* montrent une malade âgée de 31 ans qui présente une forme de logorrhée assez rare.

Elle s'exprime en vers alexandrins. Le premier hémistiche est formé par des mots anglais ou français liés le plus souvent les uns aux autres par assonnance,et teintés pour la plupart de coprolalie,d'érotisme et d'obscénité.

Le second hémistiche qui forme la rime et accentue le rythme est rempli par le retrain Kélikélikéliz ou kélikélikelmont.

Le ton est déclamatoire et la mimique animée.

Cette malade a déjà présenté un accès antérieur d'excitation maniaque puerpéral qui a duré six mois. C'est son deuxième accès précédé d'une période de sept ans, remarquable par ses modifications de l'humeur qui est devenue expansive avec quelques périodes d'hypothymie. Ce deuxième accès a débuté également après une grossesse. Il dure depuis quatorze mois. Il semble avoir les caractères de l'excitation maniaque avec euphorie, fuite des idées, excitation intellectuelle, logorrhée, ironie, colères brusques.

Cependant au point de vue moteur (exception faite de la mimique), la malade serait plutôt *déprimée*,refusant de se lever, et restant inerte au pied de son lit, lorsqu'on veut l'en faire sortir de force.

Il y a là un contraste avec l'excitation intellectuelle et la logorrhée —et il semble qu'on puisse considérer cette malade comme un cas de manie akinétique, si toutefois l'évolution vient confirmer le diagnostic très probable de psychose périodique.

M. *Dupré* se rallie au diagnostic de manie, mais fait observer que l'hypermimie et la loquacité de la malade sont des éléments d'excitation motrice et que l'akinétisme de la malade n'est donc que très relatif.

Quant aux troubles du langage très intéressants, ils rappellent ceux qu'un auteur allemand a appelés la glossolalie.

M. *Ballet* estime également que l'akinétisme n'est pas net et qu'il y a seulement contraste entre l'intensité de l'excitation intellectuelle et celle de l'excitation motrice.

Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exoptalmique — Hémithyroïdectomie. Guérison des troubles mentaux. — M. *Delmas* amène devant la Société une malade âgée de 28 ans atteinte depuis cinq ans d'un goitre exophtalmique.

Depuis un an ont apparu chez elle des troubles mentaux graves caractérisés par des accès de confusion, débutant par des prodromes physiques (fatigue, teint terreux, fièvre) et une crise convulsive et se continuant par une activité onirique avec hallucinations de la vue et de la sensibilité générale, confusion, désorientation, agitation et réactions panophobiques, etc.

Ces accès ont été au nombre de cinq, de novembre 1909 à aujourd'hui, et ont nécessité des internements successifs.

Dans l'intervalle de ces accès il n'y a eu que des rémissions et non guérison. Il persistait toujours de l'obtusion intellectuelle et des phénomènes hallucinatoires fugaces.

L'hémithyroïdectomie fut pratiquée par M. le professeur Quénu le 24 juillet 1910.

Après une réaction fébrile vive et la persistance des troubles psychopathiques pendant trois semaines environ, une amélioration survint brusquement, et en quelques jours la malade revint à l'état normal qu'elle n'avait pas atteint depuis un an. Cette guérison quant aux troubles mentaux, si elle persistait, en prouvant l'origine thyroïdienne des accidents psychopatiques, montrerait par surcroît l'efficacité de l'intervention chirurgicale dans les cas semblables.

M. Dupré demande en raison des phénomènes amnésiques et des fausses reconnaissances s'il n'y a pas eu de syndrome polynévritique.

Réponse négative de M. Delmas.

M. Briand souligne l'importance de ce cas au point de vue des relations étroites des délires et des intoxications.

M. Ballet insiste sur la forme nettement toxique des troubles cliniques et sur leur gravité vraiment exceptionnelle.

Lésions neurofibrillaires des cellules nerveuses corticales des paralytiques généraux.— *MM. Laignel-Lavastine* et *Pierre Pitulesco* présentent de nombreuses coupes et microphotographies avec projections où l'on voit les neurofibrilles des cellules nerveuses du cortex en général lésées.

Dr Delmas.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 28 octobre 1910.

A propos des hémorragies d'origine syphilitique. — M. *Robert Loewy* a été appelé auprès d'un malade mourant d'hémorragie intestinale et sur lequel on avait porté le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Ne trouvant pas de symptômes suffisants, l'auteur institua le traitement spécifique. Le malade guérit.

M. *Le Fur* rapporte l'observation d'une syphilis prostatique et vésicale s'étant accompagnée d'hématuries rebelles et considérables ayant entraîné une anémie profonde puis une rétention par caillots. La prostate présentait des noyaux très durs ; la vessie montrait au cystoscope trois ulcérations au niveau du trigone dont l'une, assez profonde, saignait. Tous les traitements habituels ayant échoué pendant deux mois ; on essaya le traitement spécifique qui fit disparaître rapidement tous les symptômes et toutes les lésions.

Les complications dans les fibromes avec grossesse. Un cas de myomectomie suivi d'accouchement à terme.— *M. Lance* a eu l'occasion d'observer 3 fois des accidents liés à la présence de fibrome avec grossesse. Dans le premier, les accidents de compression se sont terminés spontanément. La seconde malade, atteinte de phénomènes septiques, était inopérable. Dans le troisième cas, au contraire, chez une femme enceinte de 3 mois 1/2, les phénomènes douloureux obligèrent à une intervention d'urgence. On trouva un fibrome comprimant le nerf crural avec torsion de l'utérus au niveau du col. Enucléation du fibrome.Guérison. Accouchement à terme.

Plaie du poumon avec hernie pulmonaire.—M. *Lavenant* fait un rapport sur une observation envoyée par M. *Nicolas* (d'Oubatche, Nouvelle-Calédonie).

Il s'agissait d'une plaie de poitrine suivie de l'expulsion d'une languette pulmonaire de 14 cent. de long sans qu'il y eut de symptômes pleuro-pulmonaires autres qu'une hémoptysie assez abondante mais de peu de durée. Cette absence de symptômes ne s'expliquerait que par la hernie primitive de la

languette pulmonaire coincée entre les deux fragments de côte empêchant ainsi toute hémorragie, et toute entrée de l'air dans la plèvre. Cette languette pulmonaire fut sectionnée au ras du pédicule. Le blessé partit guéri le 13e jour. Le traitement immédiat fut l'immobilité absolue et le pansement occlusif, ce qui rentre bien dans les idées actuelles du traitement des plaies de poitrine : l'intervention chirurgicale ne devant être réservée qu'au cas de grande hémorragie intra-pleurale entraînant des phénomènes asphyxiques ou d'anémie aiguë, ou bien encore de grosse hernie du poumon.

Présentation. — M. **Rousseau** présente une très volumineuse tumeur de l'ovaire, enlevée par lui sur une fillette de 12 ans.

Elections. — Sont élus : membre titulaire, M. ***Victor Delaunay*** ; membre correspondant national, M. **Casse**, d'Aix-en-Provence ; membre correspondant étranger, M. ***Wewers***, de Limbourg.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du vendredi 21 octobre 1910.

M. le Dr ***Marie*** (de Villejuif) expose quelques points intéressants du diagnostic de la syphilis par la réaction de Wassermann et de son traitement par le 606 d'Ehrlich.

M. le Dr ***Treille*** montre que chez les Arabes la syphilis est relativement bénigne, grâce à la vie au grand air, en plein soleil, et au régime alimentaire de ces populations qui se soignent au 00.

MM. les Drs ***Marie*** et ***Viollet*** relatent 12 cas d'épilepsie, traités par la Bromoglidine.

M. le Dr ***Kolbé*** (de Châtel-Guyon) démontre que dans la péricardite avec épanchement, la ponction aspiratrice se fait aisément sous le contrôle des rayons X.

M. le Dr ***Dumont*** expose le traitement des radiodermites par le baume au populus nigra.

M. le Dr ***Landret*** (de Bordeaux) parle du traitement de la tuberculose par la leucothérapie, qu'il a utilisée depuis 1906, bien avant les communications retentissantes du Dr Doyen.

M. le Dr ***Racult-Deslongchamps*** indique les bons effets des agents physiques, et notamment de l'électricité dans le traitement des névrites périphériques.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, 13-15 Octobre 1910. (*Suite*) (1)

Communications sur la 1re question

M. *Henrijean* (de Liége). **Traitement du pouls lent.**— L'auteur a observé deux cas de bradycardie chez la mère et le fils. Le traitement par la digitale à petites doses répétées a fait disparaître les accidents syncopaux, convulsifs et relevé le nombre des battements du pouls. Cette thérapeutique découle des recherches de l'auteur sur l'action de la digitale sur le cœur lorsqu'on l'étudie expérimentalement, non pas à doses très fortes, comme on le fait généralement, mais à doses faibles et répétées : on constate qu'elle se fixe sur le muscle cardiaque et le tonifie.

D'après lui, chaque type bradycardique peut être réalisé par les causes les plus diverses et un même processus nocif peut donner naissance à des troubles très variables. C'est ce qui explique que l'histoire des bradycardies constitue moins un chapitre de pathologie que l'ensemble des réactions de l'appareil cardio-modérateur, extra ou intra-cardiaque, myocardique ou nerveux sous l'influence de toutes les causes nocives qui peuvent l'atteindre.

M. *Mendelsohn* fait observer que la théorie myogène est actuellement abandonnée par les physiologistes et que c'est au moment où les physiologistes l'abandonnent que les cliniciens commencent à s'en servir. Rien ne peut appuyer cette théorie. Les bradycardies sont au contraire exclusivement nerveuses, intra ou extra-cardiaques.

(1) Voir l'avant-dernier numéro.

MM. *Teissier* et *Schœffer*. — **Bradycardie dans les oreillons.** — Il résulte des recherches de ces auteurs que les rapports pouvant exister entre les réactions méningées et la bradycardie ne semblent répondre à aucune règle fixe. 9 fois il y avait méningite clinique, réaction cytologique méningée et bradycardie ; 14 fois bradycardie avec leucocytose rachidienne sans autres signes de méningite ; 10 fois bradycardie sans réactions méningées. La bradycardie était absente 1 fois avec méningite clinique et leucocytose rachidienne ; 5 fois sans méningite clinique et 6 fois alors qu'il n'y avait aucune réaction méningée. En dehors de la bradycardie, apparaissant dans les conditions les plus variables, les signes de la méningite, très discrets, se bornèrent, comme dans la première observation de MM. Chauffard et Boidin, à la céphalée, la fièvre, des nausées et des vomissements. Le liquide, le plus habituellement clair, peu ou pas albumineux, présentait une leucocytose mononucléaire le plus souvent abondante, mais sans que cette abondance fût en rapport avec l'intensité de la réaction méningée clinique. La bradycardie, précoce ou tardive, en général durable et d'une certaine fixité, modérée (48 à 52 pulsations) se manifestait surtout dans les périodes d'apyrexie, mais pouvait, quoique à un moindre degré, coexister avec la fièvre. Le cœur était normal. Elle offre les caractères que l'on attribue à la bradycardie vraie et totale, ce qui se rencontre dans les diverses infections et les méningites.

MM. H. *Claude et Verdun* — **Syndrome de Stokes-Adams, complication finale d'une aortite subaiguë.** — Un malade de trente-sept ans était entré à l'hôpital Saint-Antoine pour des douleurs à type angineux apparues une semaine auparavant. L'examen clinique révélait une double lésion aortique jusque-là passée inaperçue, et paraissant le reliquat d'une infection rhumatismale, et peut-être aussi pneumococcique, datant de l'adolescence. Ce véritable état de mal angineux se trouvait déjà quelque peu amélioré par le traitement hypotenseur quand survint, six jours après l'entrée, une bradycardie très accentuée (40 pulsations à la minute) avec dissociation des battements artériels et veineux de la base du cou. Cette bradycardie ne put être réduite par l'atropine. Deux jours après son apparition, survenaient des crises syncopales avec convulsions épileptiformes auxquelles le malade succombait dix-huit heures après.

L'autopsie révéla une énorme hypertrophie du ventricule gauche avec une infiltration fibro-calcaire massive de l'infundibulum aortique. Des noyaux crétacés occupaient la région sous-aortique au niveau de la portion membraneuse de la paroi septale. Les autres valvules, mitrale et tricuspide, étaient macroscopiquement saines ; les coronaires fortement athéromateuses.

A l'autopsie : infiltration fibro-calcaire massive de l'infundibulum aortique ; deux noyaux crétacés au niveau de la portion membraneuse de la paroi septale, coronaires fortement athéromateuses. Les coupes sériées du faisceau de His montrèrent des lésions d'infiltration embryonnaire diffuse avec sclérose et dégénérescence fibro-calcaire de plusieurs points du faisceau et de ses deux branches. Les artères de la région étaient presque complètement oblitérées par l'athérome. Pas de lésions du pneumogastrique ni du bulbe.

2e QUESTION. — **Traitement des épilepsies symptomatiques, Traitement par la trépanation cranienne.**

M. *Souques* (de Paris), rapporteur. — Pour l'A. il n'y a pas d'épilepsie essentielle, idiopathique, constitutionnelle. Toute épilepsie a une cause, elle a ses lésions, sous forme d'indurations diffuses ou de plaques élastiques (sclérose névroglique pure, de Chastin). La lésion est localisée dans les *centres moteurs corticaux*, qui sont impossibles à délimiter topographiquement mais qui peuvent l'être par l'excitation électrique prudente et modérée.

Méthodes de trépanation.

Dans la trépanation cranienne il s'agit d'une façon générale de supprimer la cause matérielle de l'épilepsie, si cette cause est accessible, et, dans le cas contraire, de décomprimer le cerveau ou d'exciser le centre qui donne le signal des attaques. Pour atteindre ce but, différentes méthodes ont été proposées.

On a recours à la trépanation simple ou à la méthode de Kocher, incision ou excision de la dure-mère, ou à l'excision du « centre signal ».

L'*épilepsie traumatique* n'est pas rare, encore qu'il soit malaisé d'être fixé sur sa fréquence. Les statistiques publiées arrivent à des résultats variant de 2 à 20 % et même davantage.

Elle se présente sous les deux types jacksonnien et général, celui-ci beaucoup plus rare que celui-là. Le traumatisme est habituellement unilatéral, mais il peut porter sur les deux côtés du crâne. Du reste, une lésion unilatérale peut déterminer une épilepsie généralisée.

L'apparition peut suivre presque immédiatement la blessure de tête ou ne se faire que de longues années après (10, 20, 30 ans et même davantage).

La nature de la blessure importe peu : toutes les blessures de tête, y compris la trépanation, peuvent produire des accès convulsifs. L'écorce cérébrale peut être touchée, sans que les téguments ou les os du crâne soient intéressés. Il y a, cependant, en général, une plaie du cuir chevelu, une cicatrice plus ou moins ancienne, une fracture avec ou sans enfoncement de la voûte.

Il y a, dans l'épilepsie traumatique, plusieurs facteurs pathogéniques à considérer :

1° Une lésion qui irrite directement ou indirectement l'écorce motrice ; 2° une hypertension du liquide céphalorachidien qui comprime le cerveau ; 3° un centre moteur qui donne le signal de la décharge convulsive.

Le traitement a pour but de supprimer ou l'un ou l'autre de ces facteurs, ou plusieurs d'entre eux, c'est-à-dire d'enlever la lésion épileptogène, de décomprimer le cerveau, d'exciser le « centre-signal ».

Il convient, au point de vue de la trépanation, de distinguer les cas d'épilepsie précoce des cas d'épilepsie tardive. Dans les premiers, l'indication est claire et urgente. Plus, en effet, l'intervention est rapprochée du début des attaques et de l'époque du traumatisme, plus il y a de chances d'obtenir un bon résultat. Dans les cas à début tardif, l'indication est moins nette et moins pressante. Il est bon de ne recourir à l'intervention qu'après avoir loyalement et suffisamment essayé le traitement médical.

Etant donné un traumatisme cranien, peut-on prévenir le développement éventuel d'une épilepsie ultérieure ? La chose ne paraît pas douteuse. Il suffit pour cela d'opérer largement et de donner aux plaies et aux blessures du crâne les soins les plus minutieux.

Quant aux résultats généraux de la trépanation chez les épileptiques traumatiques, il est véritablement impossible de s'en faire une idée exacte. Si tous ou presque tous les succès sont publiés, il n'en est pas de même des insuccès, et c'est déjà là un élément d'erreur qui pèse sur les statistiques. Mais la grande cause d'erreur est la *publication hâtive* des résultats. Pour parler d'amélioration, il faut comparer une période pré-opératoire longue de plusieurs années, avec une période analogue post-opératoire. C'est la seule manière de savoir s'il y a eu diminution des crises en nombre ou en intensité. Or, en pratique, rien n'est plus délicat et plus difficile que cette comparaison. Pour pouvoir, d'autre part, affirmer la guérison, il faut que les accès aient cessé depuis trois ou même cinq ans. Encore n'est-on pas autorisé à affirmer la guérison définitive, car on a vu des récidives survenir après ce laps de temps.

Il serait intéressant de connaître la cause des récidives, le principal grief contre la trépanation étant précisément la durée passagère des guérisons. On a incriminé la persistance d'une partie de la lésion qui n'aurait pas été enlevée en totalité, la cicatrice méningée ou cérébrale consécutive à l'ablation du foyer, la persistance de l'hypertension intra-cranienne. Mais il est très difficile de se prononcer. Quoi qu'il en soit, la fréquence des récidives fait que les résultats de la trépanation dans l'épilepsie traumatique constituée ne sont pas très brillants. Ils sont plus favorables dans les cas où les méninges sont seules intéressées que dans ceux où le cerveau est lésé, plus dans les interventions précoces que dans les tardives. En tout état de cause, c'est le seul traitement à tenter, et le plus tôt possible. On sait que chaque crise épileptique détermine des altérations dans le cerveau, qui s'ajoutent aux lésions primitives, et que ces altérations prédisposent à de nouveaux accès. Il s'établit ainsi un cercle vicieux qu'il importe de rompre au plus vite. L'opération est peu dangereuse, du reste, et elle constitue la seule chance de guérison.

Dans l'*épilepsie non traumatique*, qu'il s'agisse de tumeur cérébrale ou de lésions circonscrites, la trépanation peut être indiquée, à condition de pouvoir circonscrire le foyer.

Dans l'*épilepsie essentielle* ce n'est que dans les cas graves qu'on peut recourir à la trépanation. Lorsqu'en 1889 Lannelongue essaya la crâniectomie contre l'idiotie, on remarqua que les sujets qui avaient bénéficié de ce traitement étaient précisément ceux qui présentaient des crises convulsives. Aussi l'opération fut-elle systématiquement répétée chez les épileptiques. Bientôt on publia des résultats extraordinaires. Ainsi Mac Dougall trouve 179 guérisons sur 276 trépanations. En Allemagne, on parle de 60 à 70 % de guérisons. Mais il s'agissait là de résultats passagers, publiés trop tôt après l'intervention. Graf et Braun, ne tenant compte que des résultats éloignés, réduisirent ce taux à 4 % et refroidirent l'enthousiasme général. Dans notre pays, en présence d'améliorations transitoires, analogues à celles qu'un traumatisme accidentel peut produire, d'une part, et d'autre part, en considération des cas de mort opératoire relativement nombreux, la réaction fut très vive. Cependant la trapanation semble revenir en honneur depuis quelques années en particulier en Allemagne.

M. *Vires* (de Montpellier), rapporteur. — **Traitements autres que la trépanation.** — Ces moyens de traitement sont aussi nombreux que connus. Les indications thérapeutiques résultent des éléments étiologiques (épil. réflexes, infectieuses, toxiques, autotoxiques ou diathésiques), ou pathogéniques, ou anatomiques, ainsi que de l'état du malade et de ses forces.

M. *Sicard* (de Paris). — Un homme reçoit sur le crâne un traumatisme plus ou moins intense; il se produit une guérison apparente. Mais survient une crise épileptique, bientôt suivie de plusieurs autres. Les traitements médicaux se montrent impuissants. On confie le malade à un chirurgien. Intervention. Succès opératoire et curatif. Mais ce dernier n'est que de durée limitée ; les accidents réapparaissent. On retrépane. Succès immédiat. Rechute. Nouvelle intervention. Bref, des malades ont été ainsi trépanés jusqu'à six et sept fois.

C'est là une histoire banale. J'en apporte quatre observations personnelles. Eh bien, je crois que ces opérations successives ne doivent pas être pratiquées, parce qu'elles sont inutiles et dangereuses Inutiles, puisque, de guerre lasse, on y renonce ; dangereuses, parce qu'elles peuvent surajouter à l'état du malade un syndrome paralytique permanent. Comme conclusion, je dirai que, dans les interventions chirurgicales pour épilepsies symptomatiques, il faut savoir s'arrêter à temps.

Dans un cas d'épilepsie essentielle rebelle à tous traitements, j'ai essayé, après une large trépanation des deux côtés, l'exposition hebdomadaire du cerveau aux rayons X. Après huit séances, j'ai abandonné ce mode de traitement, qui a complètement échoué.

M. *H. Claude* (de Paris). — Dans les épilepsies symptomatiques il faut, pour faire le diagnostic causal, s'appuyer sur les symptômes associés. C'est grâce à eux qu'on pourra reconnaître les cas où l'on peut intervenir chirurgicalement.

D'une façon générale, je crois que, le plus souvent, il convient de laisser de côté les opérations, et que le traitement bromuré, institué comme il doit l'être, amène des sédations suffisantes. Les cas très graves seuls sont justiciables du chirurgien. Du reste, on peut utiliser avec profit la ponction lombaire.

La difficulté est grande pour préciser le point où doit porter l'opération. On peut être induit en erreur alors même que la localisation paraît très nette, et la tumeur peut dépasser la corticalité, au point de ne pouvoir être enlevée.

Je possède quarante cas, dont pas une seule guérison des accidents ; ils ne m'ont donné que des mécomptes. Aussi je résume ainsi mon opinion : l'intervention chirurgicale ne me paraît indiquée que pour : 1° les atteintes de la corticalité ; dans ce cas il faut agir de bonne heure et très largement ; 2° les hypertensions : dans ce cas l'intervention doit être purement palliative et respecter la dure-mère.

M. *Souques*. — Je répondrai à M. Claude que, dans les cas

d'épilepsie essentielle, la trépanation a donné des résultats excellents. Il y a là des faits vraiment démonstratifs. Mais, bien entendu, on doit limiter aux cas graves l'intervention chirurgicale. (*A suivre*),

ANALYSES

Thérapeutique de l'hémophilie ; par Nolf et Herry. (*Revue de médecine*, 1910, p. 113.)

Le traitement local consiste tout d'abord à essayer les moyens hémostatiques habituels (antipyrine, perchlorure de fer, adrénaline, cautérisations, etc.), et en cas d'insuccès à recourir à l'emploi de compresses imbibées de sérum frais. Mais les expériences de Nolf et Herry prouvent que les extraits d'organes, de préférence les organes lymphoïdes, tels que la rate, les ganglions lymphatiques et le thymus, ont une activité très supérieure à celle du sérum frais.

Le traitement général consiste dans l'administration en potion de sels de chaux (Wright) et en injection sous-cutanée de sérum frais (Frey, E. Weil). Pour Nolf, la propeptone est d'un usage préférable. On injecte sous la peau, et non dans les veines, ce qui pourrait aboutir à un résultat contraire, 10 à 20 centimètres cubes d'une solution de 5 % de propeptone dans de l'eau chlorurée sodique à 0.5 pour 100. Cette solution, stérilisée à 120°, conserve toutes ses propriétés hémostatiques ; injectée, elle ne provoque pas de douleur locale. Enfin la propeptone paraît pouvoir être administrée un très grand nombre de fois chez le même malade sans épuiser son action, et surtout sans provoquer d'accidents d'anaphylaxie comme le fait habituellement le sérum frais. La propeptone est donc le médicament par excellence de l'hémophilie. F. R.

Nouvelles recherches sur les poisons intestinaux ; par Roger et Garnier. (*Revue de médecine*, 1910, p. 233.)

Depuis que l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale est un fait bien établi en clinique, les expérimentateurs ont essayé à plusieurs reprises d'étudier le phénomène de plus près, afin de pouvoir en tirer des conclusions pratiques. De toutes ces reches de laboratoire, celles de MM. Roger et Garnier sont parmi les plus intéressantes. Les auteurs, après avoir exposé leur technique qui met leurs résultats à l'abri de toute discussion, concluent que le chyme sortant de l'estomac est peu toxique, le suc gastrique détruit même une partie des poisons putrides ingérés. La toxicité proprement dite apparaît dans le duodénum et se complète dans l'intestin grêle. Mais le contenu intestinal jouit ici de la propriété de coaguler le sang des animaux en expérience ; ce qui rend l'expérimentation des plus délicates. En arrivant dans le gros intestin, le chyme est la proie de nombreux microbes saprophytes. Les uns atténuent la toxicité, les autres l'augmentent au contraire. En soumettant le contenu de l'iléon, stérilisé par filtration, à l'action d'un échantillon de bacilles perfringens par exemple, on constate que la toxicité augmente considérablement. F. R.

Recherches sur les sensibilisatrices contenues dans le sang des animaux traités par des émulsions de cancers épithéliaux ; par E. Vidal. (*Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude des cancers*, 21 février 1910.)

On sait que si l'on injecte à un animal donné des microbes, toxines ou cellules provenant d'un autre animal, le sérum de l'animal en expérience acquiert des propriétés destructives vis-à-vis de la substance injectée ; en d'autres termes il renferme des anticorps qui sont à opposer aux antigènes ou substances injectées. Cette expérience a servi de base à toute la sérothérapie. On conçoit donc combien il est important de savoir si la cellule néoplasique injectée ou antigène donne lieu à la formation d'un anticorps spécifique. Car dans l'affirmative il est permis d'espérer la possibilité d'un traitement sérothérapique du cancer. M. Vidal a essayé, après d'autres, de résoudre la question d'une façon certaine, et voici les conclusions qu'il donne : l'injection, dans la circulation du chien, de bouillies cellulaires ou d'extraits provenant de cancers épithéliaux humains, détermine d'ordinaire une production assez abondante d'anticorps ; cependant il peut y avoir quelques exceptions, rares à la vérité. Ces anticorps semblent jouir d'une spécificité assez étroite vis-à-vis de l'antigène formateur. Le dosage relatif des anticorps dans le sang, montre que leur production passe d'habitude par un maximum après un certain nombre d'injections, pour décroître ensuite malgré leur continuation. F. R.

La réaction de Wassermann, par Garinet Laurent. (*Journ. de phys. et path. gén.*, juillet 1910.)

La réaction de Wassermann a une importance pratique considérable ; elle existe dans au moins 80 % des cas. Elle n'apparaît qu'à partir de la 4e semaine. et possède son maximum d'effet aux périodes secondaire et tertiaire. Elle permet de dépister la syphilis héréditaire et d'affirmer la nature spécifique non seulement de la plupart des tabès et des paralysies générales, mais encore d'un certain nombre d'affections, souvent syphilitiques, telles que la dilatation des bronches et surtout l'aortite. F. R.

BIBLIOGRAPHIE

Guide illustré du musée du collège royal des chirurgiens, publié par Arthur Reith, conservateur. (Londres 1910).

Guide détaillé ne donnant pas seulement la nomenclature sèche des pièces, mais fournissant en outre des explications fort utiles au point de vue pédagogique.

Manuel de l'Infirmière ; par les Drs Decker, Fiurens, Gevaerts, Nuijens, Van de Perre et le pharmacien Hendrix. Traduction française par le Dr A. Van de Perre. (1 vol. relié in 4. chez Baillière et fils, 1910.)

Nous avons sous les yeux la traduction française de la seconde édition néerlandaise du « Manuel de l'Infirmière ». On y trouvera des notions succinctes et très claires sur l'*anatomie*, la *psychologie*, les *médicaments*, la *bactériologie*, l'*hygiène*, la *maladie* et les *soins aux malades*, la *marche* et la *fin de la maladie*, *l'hygiène de l'infirmière*, les *devoirs* et les *qualités de l'infirmière*, les *accidents* médicaux et chirurgicaux, les *pansements*, le *transport des malades*. On voit par ce plan que les auteurs n'ont rien omis pour rendre complète l'instruction de l'Infirmière. Ils l'ont fait sans prétention, sans se laisser entraîner par l'allure intéressante du programme. Ils ont su éviter, ce qui n'est pas facile l'abus de l'instruction destinée à des personnes dont le rôl est d'aider le médecin auprès des malades, et non pas de se substituer à lui.

D'assez nombreuses et bonnes figures affirment encore par la clarté qu'elles ajoutent la destination du livre.

Félicitons aussi M. Van de Perre de l'excellente traduction en français de ce *Manuel de l'Infirmière*, lequel ne peut manquer d'intéresser les infirmières, infirmiers, gardes-malades, et d'une façon générale toutes les personnes qui s'occupent des soins aux malades. C.

Annuaire du service de santé.

La librairie Lavauzelle vient de publier l'*Annuaire général des officiers du service de santé*. Cet ouvrage présente toutes les qualités qui distinguent les meilleures publications analogues et constitue un recueil précieux d'indications extrêmement utiles et d'ordres très divers.

Si l'on y trouve tout naturellement l'énumération de tous les médecins, pharmaciens ou officiers d'administration du service de santé, avec l'indication de leur état-civil, de leur ancienneté, de la suite de leurs services et de leur affectation actuelle, on y trouve également d'autres documents.

Ceux-ci sont classés en documents d'ordre général (énumération sommaire du personnel du ministère de la guerre, des corps d'armée, divisions, brigades ou écoles militaires), en documents sur l'organisation (lois, décrets et règlement sur l'organisation militaire et particulièrement sur le service de santé).

D'autres parties de l'annuaire renferment les documents relatifs à l'avancement dans le corps de santé, au recrutement du personnel de ce corps, aux tarifs de solde et indemnités. Enfin, on a groupé sous la rubrique « Dispositions diverses » une foule de circulaires utiles à avoir sous la main.

REVUE GÉNÉRALE

La Syphilis de l'Urèthre ;

Par M. J. TANTON,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La syphilis peut frapper l'urèthre aux diverses périodes de son évolution et s'y manifester, par suite, par des lésions de siège et de forme variables.

Il serait erroné de vouloir différencier les lésions syphilitiques de l'urèthre, comme celles de n'importe quel organe d'ailleurs, suivant le moment de leur apparition, et de les classer, dans le temps, en accidents de la période primaire, secondaire ou tertiaire. Cette division chronologique, qui répond certainement à la grande majorité des cas, n'a pas de valeur absolue, et, comme nous le verrons plus tard, on peut observer, à une période relativement très voisine du début de l'affection, des lésions syphilitiques tertiaires de l'urèthre, très précoces, par suite, dans leur apparition.

Il faut donc ne voir dans ces termes d'accidents primaires, secondaires ou tertiaires, que le type anatomo-pathologique, sans s'occuper du moment de leur apparition qui, nous le répétons, peut être des plus variables.

Le syphilome primaire, c'est-à-dire le chancre syphilitique, de toutes les manifestations uréthrales de la syphilis la plus fréquente, est également la plus anciennement connue.

La célèbre expérience personnelle de Hunter en 1867, où, croyant s'inoculer du pus blennorragique, cet auteur s'inoculait la syphilis, avait fourni un argument en faveur de la doctrine identiste, mais les travaux de Benjamin Bell, les expériences de Hernandez, de Ricord, firent justice de cette opinion, et Bassereau, en 1852, avait établi sur de solides bases la doctrine de la dualité des chancres. C'est Astruc d'abord, dont la priorité est reconnue par Ricord, puis ce dernier, qui étudièrent, les premiers, le chancre de l'urèthre et en firent le diagnostic différentiel avec la blennorragie.

Les lésions uréthrales de la période secondaire et de la période tertiaire, beaucoup moins fréquentes, ont une histoire plus récente.

I. — **Syphilome primaire.** — *Chancre syphilitique de l'urèthre* — En 1851, dans ses « Lettres sur la syphilis », Ricord écrivait : « L'inoculation d'abord et l'anatomie pathologique ensuite ont prouvé d'une manière incontestable l'existence de chancres uréthraux.

Le chancre larvé uréthral n'est pas une hypothèse, mais un fait constaté aussi sévèrement qu'aucun autre fait médical ».

Fréquence. — Le chancre de l'urèthre est le plus fréquent des chancres « larvés » tout au moins chez l'homme.

Dans la statistique de Bassereau on trouve, chez l'homme, sur 361 chancres indurés, 14 chancres du canal (méat) ; dans celle de Clerc, sur 404 chancres, 83 du méat.

Fournier cite, sur 414 chancres indurés, 32 siégeant au niveau du méat et 17 assez profonds pour ne pas pouvoir être aperçus en écartant les lèvres du méat.

Jullien, reprenant ces totaux, arrive au chiffre de 89 chancres du méat et 17 plus profonds, sur un total de 1773 cas, soit la proportion de 1 sur 12. Nous l'avons trouvé nous-même 5 fois sur un total de 83 cas.

Chez la femme, le chancre de l'urèthre est au contraire infiniment plus rare. D'après Fournier, il viendrait, comme fréquence, après ceux du col utérin, de la région clitoridienne et de l'entrée du vagin.

Lewin, à la Charité de Berlin, n'en a observé que 6 sur 611 cas, soit 1 pour 100 ; — Martin, 2 sur 45 cas ; — Carrier, 14 sur 130 cas ; — Fournier, 7 sur 249 cas de chancre génital ; — Jullien, 4 sur 218 cas ; ce qui représente, en somme, la faible proportion de 1 pour 39.

Siège. — Il est variable et on doit distinguer, d'une part, *le chancre du méat*, d'autre part le *chancre endo-uréthral*. Chez l'homme, le chancre du méat est de beaucoup le plus fréquent ; Casoli lui assigne une proportion de 7 % dans la statistique du chancre induré ; il occupe comme nous le verrons plus loin une ou les deux lèvres du méat uréthral.

Le chancre endo-uréthral, sans être commun, est loin d'être rare, dit Fournier, il est réputé rare parce que très souvent méconnu. Le plus souvent, ajoute cet auteur, il avoisine le méat dont il n'est séparé que par quelques millimètres, et peut alors être aperçu par l'écartement forcé de l'orifice uréthral. La fosse naviculaire est également un de ses sièges d'élection (Ricord en rapporte une observation avec constatation nécropsique). Mauriac déclare n'avoir jamais vu de chancre syphilitique au-delà de la fosse naviculaire et jamais il n'occuperait la portion balanique de l'urèthre et la fosse naviculaire, sans s'être préalablement étalé sur le méat.

Il peut prendre parfois une grande extension du côté de l'urèthre, mais jamais, dans ce cas, le méat ne reste souple et intact.

Cependant Du Castel en a observé un situé à 2 centimètres en arrière de la fosse naviculaire, Gébert, un situé à 3 centimètres en arrière de la couronne du gland. Fleury, Albarran, en ont vu situés à 4 centimètres du méat ; Berkeley Hill en aurait observé un siégeant à 7 cent. 1/2 du méat, Fasoli en cite un situé à 2 cent. 1/2 du méat sur la paroi inférieure de l'urèthre. « Des faits de ce genre exigent confirmation » ajoute Fournier.

Chez la femme, le chancre syphilitique du méat, de beaucoup le plus fréquent, a son siège ordinaire à la partie inférieure de cet orifice, souvent disposé en croissant inférieur et, pour Dassonville, cette localisation spéciale tient à ce que le bord inférieur du méat se trouvant le plus rapproché de l'appareil génital, est, par le fait même, plus exposé à la contagion au moment du coït.

Le chancre intra-uréthral dont Dassonville cite 2 cas, a son siège ordinaire à la partie antérieure et inférieure de l'urèthre. Le chancre du méat peut d'ailleurs, comme chez l'homme, s'étendre dans l'urèthre, et Simionescu cite une observation où le chancre primitivement localisé au méat, s'enfonçait dans l'urèthre jusqu'au col vésical.

Pathogénie. — Les auteurs anciens avaient imaginé, pour expliquer la localisation du chancre uréthral un mécanisme assez simple : après l'éjaculation, se produirait une aspiration par l'urèthre des liquides du vagin. Cette théorie, plus ingénieuse que vraisemblable, n'est plus admise à l'heure actuelle. La localisation du chancre au méat s'explique facilement à la faveur d'une érosion superficielle, d'irritations de diverses natures, de traumatismes, de vésicules d'herpès génital et surtout des ulcérations blennorragiques sur lesquelles Jullien a appelé l'attention et qui sont très fréquentes chez la femme.

Le chancre endo-uréthral reconnaît une double étiologie. Tantôt, c'est une lésion spécifique du méat qui présente une marche serpigineuse et se propage le long du canal, c'est *un envahissement par continuité*. Quelquefois, mais rarement dit Dühring, les accidents primitifs situés

à l'orifice de l'urèthre s'étendent dans le canal, le chancre endo-uréthral de l'extrémité antérieure de l'urèthre n'est alors qu'une extension du chancre du méat.

Tantôt, l'infection se fait *par contagion primitive*, par l'introduction d'une sonde ou de tout autre instrument ayant servi à un syphilitique et souillé de virus syphilitique. Souvent même, un malade ayant déjà un chancre du méat se fait, en se sondant, une réinoculation du virus syphilitique en un point plus ou moins profond de la muqueuse uréthrale.

Ces inoculations méatiques et endo-uréthrales seraient probablement d'autant plus faciles et fréquentes que le sujet est atteint d'une uréthrite chronique, et que la muqueuse uréthrale est plus fragile et facilement saignante.

Comme le fait remarquer Casoli, on rencontre, en effet, surtout la blennorragie parmi les antécédents des malades atteints de chancre syphilitique de l'urèthre, elle l'accompagne souvent ou l'a précédé. Le siège le plus fréquent de l'infection blennorragique étant la fosse naviculaire, c'est là que se localise de préférence le chancre syphilitique uréthral.

Symptômes. — A. Chancre du méat. — Chez l'homme, le chancre du méat peut occuper tantôt une seule, tantôt les 2 lèvres de l'orifice. Son aspect est variable et Casoli lui décrit 5 formes suivant cet aspect :

1° *Nodosité en relief* se présentant sous la forme d'un petit pois, saillant au niveau du gland, d'une dureté cartilagineuse, indolore à la pression, de coloration identique à celle de la muqueuse voisine, tous caractères qui le font passer facilement inaperçu.

2° *Chancre circulaire*, autour du méat ; forme très spéciale ; un cercle rose ourle pour ainsi dire le méat et fait saillir l'urèthre comme un bec sur le niveau de la surface arrondie du gland.

3° *Chancre latéral*, nodule saillant sur une des lèvres du méat dont il déforme l'aspect.

4° *Induration diffuse de tout le méat* sans que la région subisse aucun changement apparent, forme rare.

5° *Chancre s'étendant du méat à la fosse naviculaire.*

On pourrait ajouter une autre variété aux 5 de Casoli, c'est le chancre primitivement localisé au méat et s'étalant secondairement sur la surface du gland.

Au niveau du méat, comme sur les autres points de l'organisme, le chancre se présente sous la forme d'une lésion érosive rouge ou carminée. Fournier lui reconnaît une double particularité : d'une part, il est toujours soustendu par une forte induration ; d'autre part il est rebelle, persistant, ne se répare et ne se cicatrise qu'avec une lenteur insolite, irrité et entretenu qu'il est par le passage de l'urine à sa surface.

Il sécrète une sérosité louche, souvent rosée ou même striée de sang, peu abondante, et saigne facilement sous l'influence des traumatismes continuels auxquels il est exposé et lorsqu'on le palpe d'une façon un peu prolongée. Son véritable, son seul caractère pathognomonique, c'est l'induration très accentuée qui l'accompagne toujours, induration tantôt localisée, tantôt au contraire diffuse et pouvant, comme le dit Fournier, convertir le sommet du gland en un bloc scléreux de rénitence cartilagineuse ou cancroïdienne.

Chez la femme, où il affecte souvent la forme d'un croissant dont le centre occupe la paroi inférieure du méat et dont les cornes remontent sur les parois latérales, les mêmes symptômes se retrouvent : érosion rouge vif, suintement séro-purulent minime et induration très marquée dépassant largement les limites du chancre, si bien que le méat apparaît turgescent et gonflé, faisant au-dessus des plans voisins une saillie anormale. Il en résulte, tantôt un accolement et une occlusion plus ou moins complète de l'orifice uréthral, lorsque la paroi supérieure n'est pas indurée, tantôt, lorsque tout le méat est infiltré, un large entrebâillement de l'orifice uréthral.

« Lorsque le chancre siège exactement sur le méat, se prolongeant ou non dans l'urèthre, dit Fournier, l'orifice du canal se présente boursouflé, déformé, béant, rouge, saignant à la pression et offrant au toucher une induration caractéristique et très accentuée. Il faut vraiment avoir vu plusieurs spécimens de ce genre pour ne pas se laisser donner le change et ne pas être tenté de rapporter une telle lésion à une production maligne, à un épithélioma. »

Notons enfin que, chez l'homme comme chez la femme, le chancre du méat a tendance à se prolonger plus ou moins loin dans l'urèthre, ce que l'on peut constater en écartant les lèvres de l'orifice et en recherchant la prolongation de l'induration le long du canal.

B. Chancre endo-uréthral. — Le chancre endo-uréthral peut être perceptible à la vue par l'écartement des lèvres du méat. D'après Du Castel, il est tout à fait exceptionnel que les chancres de l'urèthre, quelle que soit la profondeur du point où ils prennent naissance, ne viennent pas à un moment donné faire saillie au méat. Dans le cas contraire, ses symptômes se réduisent à deux : l'*écoulement uréthral* et l'*induration.*

L'écoulement uréthral est le premier symptôme ; les malades viennent consulter parce qu'ils se croient atteints de blennorragie. Mais cet écoulement est, dans le cas de chancre, beaucoup moins abondant que lorsqu'il s'agit d'une blennorragie.

C'est un liquide séro-purulent roussâtre qui devient sanguinolent lorsqu'on vient à palper l'urèthre (Lilienthal), — dans un cas de Billet, la palpation détermina même une véritable urétrorragie — ; quelquefois, cependant, c'est un pus épais jaunâtre qui s'écoule ; l'examen bactériologique ne montre pas de gonocoques dans cet écoulement. Enfin, en interrogeant le malade, on apprendra quelquefois que cet écoulement est survenu très tardivement après un coït (10 à 40 jours après), et que, même au début, il ne s'est jamais accompagné, au moment de la miction, des phénomènes douloureux aigus que l'on rencontre dans la blennorragie uréthrale.

La palpation du canal permet de constater, en un point de son étendue, la portion naviculaire le plus souvent, une induration, une masse plus ou moins dure, de dimensions variables, de consistance cartilagineuse.

Fournier a insisté sur ce fait que, dans la plupart des cas, la palpation de l'urèthre faite transversalement reste négative ; on doit palper le gland d'avant en arrière, parce que le chancre étant situé de champ dans l'urèthre, sur une des faces latérales du canal, suivant un plan antéro-postérieur, son induration n'est accessible que dans le même sens.

L'étendue de cette induration est variable ; dans le cas de Fasoli, elle s'étendait sur une longueur de 13 mm. ; dans un cas de Ledermann, l'urèthre fut changé, jusqu'à sa racine, en une masse dure prolongée en une infiltration massive qui gagna le bulbe, en même temps que se montrèrent des tuméfactions ganglionnaires et la roséole.

Parfois, cette induration peut être très tardive, témoin le malade de Gailleton, chez lequel le chancre ne s'indura qu'au 30e jour de l'ulcération, alors que la cicatrisation

était sur le point de se produire. D'après Lewin, elle pourrait même manquer dans quelques cas.

Les symptômes fonctionnels qui accompagnent le chancre endo-uréthral sont à peu près nuls. La douleur est nulle ou à peu près (Du Castel), quelquefois cependant elle se produit, légère, lors de la miction ou de l'érection.

Chez la femme, l'écoulement uréthral passe habituellement inaperçu et ce symptôme demande à être recherché, il perd donc la valeur révélatrice qu'il présente chez l'homme. L'induration reste alors, avec les légères douleurs qui peuvent se produire à l'occasion de la miction, le symptôme le plus important.

On se rappellera que le chancre endo-uréthral siège habituellement, chez la femme, au niveau de la partie tout antérieure du canal, et pour constater l'induration on aura recours au palper bidigital. L'index gauche est introduit dans le vagin, au contact de la région sous-uréthrale : l'index droit appuyant sur le méat d'avant en arrière, l'induration sera facilement perceptible. Tantôt elle se présente sous la forme d'un véritable cylindre induré péri-uréthral formant un manchon complet tout autour du canal, tantôt elle est limitée au segment inférieur du canal et à la partie adjacente des faces latérales.

Au cours de cette exploration, comme on l'observe chez l'homme, la sécrétion uréthrale peut se teinter plus ou moins de sang. Dassonville insiste en outre sur la participation du tubercule antérieur du vagin ou tubercule sous-uréthral, à l'induration. Il devient saillant, hypertrophique, proéminent entre les lèvres ; ce serait là un signe utile pour le diagnostic du chancre uréthral.

Enfin, chez la femme également, le chancre né dans l'intérieur de l'urèthre n'y reste pas toujours localisé et peut se propager au méat dans une plus ou moins grande partie de son étendue, bordant sa circonférence d'un liséré érosif d'une couleur rouge caractéristique.

Le chancre syphilitique de l'urèthre s'accompagne d'adénopathie inguinale avec ses caractères habituels, c'est-à-dire adénopathie aphlegmasique, indolente, dure, et polyganglionnaire avec développement très marqué du ganglion inféro-interne, « le préfet de l'aine » de Ricord. Chez l'homme, on peut constater parfois l'existence d'une lymphangite syphilitique dorsale de la verge, se présentant sous la forme d'un cordon induré indolore.

L'évolution du chancre uréthral est plus lente que celle des autres chancres syphilitiques. Fournier appelait déjà l'attention sur ce point, et ce retard dans la guérison du chancre doit être attribué à l'irritation produite par le passage de l'urine et de l'écoulement séro-purulent. On peut observer à son niveau ces reviviscences alternant avec des régressions sur lesquelles M. L. Jacquet vient d'attirer à nouveau l'attention. (*Bull. soc. méd., Hôp.*, 17 juin 1910), et qui doivent être également mises sur le compte de la même irritation chronique. Dans un de nos cas, un chancre du méat présenta à deux reprises des reviviscences consistant en la réapparition, en quelque sorte subintrante, d'une nouvelle érosion exsudative, alors que l'érosion primitive était en voie de cicatrisation, prolongeant ainsi jusqu'à plus de trois mois la durée de ce chancre.

II. — **Syphilides secondaires.** — L'existence de lésions spécifiques secondaires de la muqueuse uréthrale, longtemps discutée, niée même par plusieurs auteurs, est admise à l'heure actuelle et les syphilides secondaires, comme le syphilome primaire, peuvent présenter deux localisations.

Ou bien ce sont des syphilides érosives localisées au méat, ou bien des syphilides muqueuses endo-uréthrales. Les premières consistent en de petites érosions ovalaires à fond plat et cupuliforme, parfois simplement dépoli, dont les bords bien dessinés encadrent la petite dépression centrale d'un liséré plus ou moins saillant.

Ces lésions n'ont pas de base indurée ; elles sont contemporaines de syphilides cutanées et muqueuses diverses, ont été précédées de l'apparition d'un chancre syphilitique ; leur diagnostic est donc facile à faire.

Existe-t-il des syphilides muqueuses uréthrales et une uréthrite syphilitique secondaire ? Rollet n'en a jamais observé, Mauriac également. Lée, Finger, Freemann, Berkeley Hill, admettent au contraire cette localisation.

Jos. Grünfeld croit « qu'à la période des efflorescences cutanées, une sécrétion muco-purulente de l'urèthre peut traduire la localisation génito-urinaire correspondant aux papules cutanées et qu'à l'aide de l'endoscope ces plaques muqueuses uréthrales sont facilement découvertes ». Cliniquement, Finger admet leur existence : il s'agit, dans ce cas, de malades présentant une « démangeaison », un « chatouillement » au niveau de l'orifice uréthral, et une sécrétion uréthrale visqueuse avec accolement des lèvres du méat, phénomènes qui apparaissent en même temps que l'éruption générale, disparaissent rapidement sans traitement local, à la suite du traitement spécifique et font croire à l'existence d'une inflammation spécifique de la muqueuse uréthrale.

Tarnowsky a apporté la preuve anatomo-pathologique de leur existence. A l'autopsie d'un enfant de 4 ans entré à l'hôpital avec une éruption papulo-pustuleuse, des syphilides buccales et qui présentait en outre de la rétention d'urine et un urèthre douloureux à la pression, il constata une rougeur érythémateuse de la portion pénienne de l'urèthre ; la muqueuse uréthrale et une partie de la vessie étaient couvertes d'ulcérations superficielles grisâtres, ressemblant à des ulcérations herpétiques.

Cet auteur pense même que l'uréthrite isolée peut constituer à elle seule une poussée de l'affection générale. Simionescu rapporte un cas, où, cliniquement, il s'agit bien d'une uréthrite secondaire spécifique. Cadell rapporte l'observation d'un homme de 35 ans qui présentait un écoulement uréthral abondant ayant débuté deux mois après l'apparition d'un chancre, 9 mois après un coït suspect. En même temps qu'apparut cet écoulement, se montrèrent de larges plaques muqueuses sur l'amygdale gauche et une éruption confluente de papules sur tout le corps. L'écoulement devint rapidement purulent et se termina au bout de 6 semaines. Son aspect était semblable à celui d'une gonorrhée, mais sans symptômes inflammatoires, ni œdème, ni rougeur du méat, ni douleur ; la miction et l'érection étaient indolores. Malgré l'abondance du pus, le diagnostic d'uréthrite syphilitique était certain. Foulerton, Merger, rapportent chacun un cas analogue.

Cette uréthrite secondaire spécifique s'accompagne d'un écoulement plus ou moins visqueux, transparent ou faiblement opalin, rarement purulent, peu abondant, sans aucun phénomène inflammatoire du méat.

C'est à elle qu'il faut rapporter la contagion de la syphilis par le sperme qui, à son passage dans l'urèthre se chargerait de la sécrétion des syphilides uréthrales et du tréponème qu'elle contient et deviendrait ainsi une cause d'infection. Les 2 cas de contagion syphilitique par le sperme, que cite Rochon, reconnaissent sans doute cette étiologie.

Dans le premier cas, une femme présentait, sur l'abdomen,

✦

des excoriations causées par le corset ; le mari syphilitique, de crainte d'avoir des enfants syphilitiques, avait l'habitude d'éjaculer sur l'abdomen ; un chancre géant se développa au niveau de ces excorations sans que le mari ait présenté aucun accident spécifique. Rochon conclut à l'existence de syphilides muqueuses uréthrales.

Dans le deuxième cas, un malade, syphilitique de 14 mois, ne présenta aucune autre manifestation spécifique qu'un écoulement analogue à celui de la blennorragie. Cet homme infecta sa maîtresse en lui donnant un syphilome à la fourchette qui fut attribué aux syphilides du canal ; en effet l'écoulement du malade disparut complètement à la suite du traitement spécifique.

Tout récemment d'Haenens (*Folia urologica*, juin 1907) écrivait « que les syphilides papuleuses suintantes peuvent se localiser dans l'urèthre mâle, simulant une uréthrite gonococcique et que l'endoscope permet de constater leur existence et leur disparition après le traitement spécifique ».

Il faut donc conclure de tous ces faits qu'aux différents stades de la syphilis, des phénomènes morbides existent du côté du canal, qui peuvent donner le change avec la blennorragie.

Les uréthrites symptomatiques du chancre infectant du méat et de l'urèthre sont très connues, celles qui accompagnent les manifestations secondaires de la syphilis uréthrale, moins connues, méritent d'attirer l'attention de l'observateur.

III. — **Syphilome tertiaire**. — Les lésions tertiaires uréthrales de la syphilis sont assez peu fréquentes et dans sa statistique, qui porte sur 151 affections tertiaires de la verge, Fournier ne relève que 19 cas de lésions tertiaires de l'urèthre.

L'époque d'apparition de ces manifestations spécifiques est des plus variables et montre l'insuffisance de la classification des manifestations de la syphilis en périodes chronologiques. On peut les voir survenir en effet à toutes les époques de l'affection, quelquefois très précoces, apparaissant 3 mois après le chancre, comme dans une observation de Mauriac ; le plus souvent cependant tardives, apparaissant 8, 10 ou même 15 et 20 ans après l'accident primitif.

L'urèthre peut être atteint de deux façons par les manifestations tertiaires de la syphilis. Ou bien *primitivement*, dans ce cas les lésions débutent par le canal ; ce sont là des faits relativement rares de syphilis *autochtone*.

Ou bien, et c'est au contraire le cas le plus fréquent, *secondairement*, par propagation au canal par continuité de tissus, de lésions tertiaires de la verge, du gland, des corps caverneux, etc...

Au point de vue anatomo-pathologique, l'infiltration syphilitique de l'urèthre revêt deux formes différentes : la forme gommeuse ou scléro-gommeuse et la forme scléreuse, c'est-à-dire que l'évolution de la néoplasie inflammatoire tertiaire se fera, soit dans le sens de la nécrobiose avec transformation gommeuse, soit dans le sens de l'organisation fibreuse ou sclérose.

La première est bénigne, curable, les gommes disparaissent, seuls les îlots scléreux persistent ; la seconde, à l'état de pureté, est rare, grave et rebelle au traitement.

Dans le premier cas, les lésions urétrales se présentent cliniquement sous deux formes :

a) Une *ulcération* syphilitique tertiaire primitive ou d'emblée.

b) La *gomme syphilitique*, forme de beaucoup la plus commune de la syphilose uréthrale tertiaire. Cette gomme se présente cliniquement sous deux aspects : soit *infiltration circonscrite*, c'est la tumeur gommeuse, petit noyau très dur formant une légère saillie arrondie ou hémisphérique, tout à fait indolente et sans le moindre caractère inflammatoire ; soit *infiltration diffuse*, la gomme s'étend alors plutôt en surface, infiltrant les tissus sur une étendue variable et constituant une induration en nappe.

Abandonnée à elle-même, la gomme se ramollit puis s'ulcère ; l'ulcération est bien limitée, ordinairement peu étendue, creusant parfois profondément, à bords taillés à pic, à fond inégal, contenant un bourbillon, une escharre très adhérente, tandis que la zone qui l'entoure est rouge et indurée, contrastant avec la mollesse des parties saines.

Dans le deuxième cas, on se trouve en présence de cette forme particulière de syphilose uréthrale isolée par Fournier et décrite par lui sous la nom de *syphilome cylindroïde* de l'urèthre, qui atteint toujours le canal primitivement et représente l'évolution scléreuse de la néoplasie syphilitique tertiaire.

Siège. — Il est à noter, comme le fait remarquer Fournier, que les lésions syphilitiques tertiaires de l'urèthre « n'ont presque jamais pour siège que l'extrémité pénienne de l'urèthre, dans une étendue variable, entre 1,2 et 3, 4, 5 centimètres au plus » et respectent la région postérieure.

Pour l'énorme majorité des cas, elles ne dépassent même pas la région balanique pour laquelle elles affectent une sorte d'élection. On a donc pu dire avec raison que, « réserve faite pour certains cas exceptionnels, la syphilis tertiaire se désintéresse de l'urèthre dans ses régions moyenne et postérieure ». Ce n'est cependant pas là, comme nous le verrons, une règle absolue, et dans les observations de Renault, de Février, on voit des gommes situées dans la région périnéale, intéresser secondairement l'urètre et le fistuliser.

Chez l'homme, le syphilome tertiaire qui envahit *secondairement* l'urèthre est presque la règle, avons-nous dit. Il peut débuter sous deux formes : l'*infiltration diffuse avec ulcération primitive*, ou la *gomme circonscrite*. On se trouve alors, le plus souvent, en présence d'une infiltration tertiaire diffuse qui intéresse ou le méat, soit en totalité, soit partiellement, ou le sommet du gland, parfois le gland en totalité, qui augmente peu à peu de volume, atteint l'urèthre et infiltre ses parois, sur une étendue variable de 1 à 2 centimètres ordinairement, quelquefois sur 4 à 5 centimètres, dépassant alors les limites de l'infiltration du gland. Dans ce cas, l'urèthre forme un prolongement en manche de raquette à cette infiltration balanique, sous forme d'un tuyau dur, rigide, véritable cordon cylindroïde que les malades comparent à un tuyau de pipe ; c'est une infiltration scléro-gommeuse du gland et de l'urèthre qui habituellement reste localisée à la portion balanique de l'urèthre, exceptionnellement se propage à la portion pénienne de ce canal.

Cette infiltration gommeuse s'ulcère, le processus ulcératif reste tantôt superficiel, érodant simplement la muqueuse, ou bien devient rapidement profond, détruisan la muqueuse, puis les tissus sous-jacents.

Le méat se trouve creusé à la fois excentriquement et en profondeur, puis l'ulcération atteint l'urèthre, constituant une perte de substance en entonnoir.

Chez un malade du professeur Fournier, le gland présentait, à son sommet, une excavation figurant un véritable entonnoir dont l'embouchure, régulièrement circulaire, offrait un diamètre de 1 centimètre et dont les parois ne mesuraient pas moins de 14 à 15 mm. de hauteur.

Ou bien, au contraire, c'est une gomme circonscrite qui

existe, le plus souvent dans le gland au niveau du sillon balano-préputial, sur les parties latérales du frein, véritable lieu d'élection de ces gommes circonscrites. Cette gomme se ramollit, s'ulcère au-dehors, puis, le processus ulcératif continuant, ouvre l'urèthre et crée une fistule uréthrale de siège variable, mais, dans la grande majorité des cas, occupant la face inférieure du gland et la région du frein.

Jonhson rapporte l'observation d'un malade porteur d'une gomme qui ressemblait à un chancre phagédénique du méat, occupant la moitié inférieure du gland et se prolongeant dans le canal sous forme d'une plaque indurée. Au bout de quelques jours survenait une mortification partielle du gland et la chute d'une escarre qui laissait une fistule uréthrale s'ouvrant dans la fosse naviculaire.

Dans une observation de Gaucher et Rostaine, un malade présentait à la fois des gommes des corps caverneux qui rendaient l'érection incomplète et une gomme du gland ayant envahi la paroi inférieure de l'urèthre ; cette dernière amena, par ulcération, la destruction de toute la paroi inférieure de l'urèthre depuis la base du frein jusqu'au méat.

Dans l'observation de Zeissl, une ulcération gommeuse avait détruit une partie de la paroi inférieure de la verge, mis à nu et ulcéré la paroi inférieure du canal dont la moitié antérieure s'était rétrécie, un méat s'était établi à la partie moyenne du pénis.

Dans les observations de Renault et de Février, les gommes siégeaient dans la portion périnéale et fistulisèrent l'urèthre à ce niveau.

Enfin les gommes peuvent être multiples, il en existe par exemple dans les corps caverneux en même temps que dans la région sous-uréthrale (observations de Jonhson, Gaucher et Rostaine).

Dans d'autres cas plus rares, l'urèthre est atteint *primitivement* par le syphilome tertiaire, on a affaire à des gommes *autochtones* de l'urèthre. En un point de l'extrémité antérieure du canal, le plus souvent dans la région balanique, la palpation révèle l'existence d'une tumeur plus ou moins dure, lisse, indolore, arrondie, se continuant avec un urèthre souvent induré sur 1 ou 2 centimètres, en tuyau de pipe. Les téguments sont libres et mobiles à sa surface, la tumeur est adhérente au canal, il s'agit de gommes primitives uréthrales.

A l'état de crudité, cette gomme obstrue plus ou moins la lumière uréthrale suivant son volume, créant de la difficulté de la miction, la diminution du calibre du jet, le tout sans douleur ; parfois en écartant les lèvres du méat on peut la voir bomber à l'entrée du canal sous forme d'une petite tumeur rougeâtre. Cette gomme s'ulcère à l'intérieur du canal, il en résulte alors la formation d'une petite cavernule retenant après la miction une petite quantité d'urine que la malade évacue par pression, en même temps que le pseudo-rétrécissement qui correspondait à la période de crudité disparaît avec l'évacuation de la gomme.

Fournier rapporte 3 observations de lésions tertiaires *autochtones* de l'urètre.

Chez un malade, l'urèthre pénien présentait une induration massive qui, partant du frein, se prolongeait vers la racine de la verge sur une étendue de 3 à 4 centimètres, donnant au canal l'apparence d'un cylindre cartilagineux, d'un tuyau de porte-plume. Au niveau du frein, existait une fistule uréthrale qui laissait écouler une légère suppuration et que traversait l'urine pendant la miction. Il s'agissait là d'une infiltration gommeuse du canal qu'améliora beaucoup le traitement.

Un autre cas plus intéressant encore est rapporté par le même auteur. Un malade, porteur d'une lésion gommeuse phagédénique de la rainure et de la couronne du gland, présentait un écoulement uréthral jaune, purulent, d'aspect blennorragique, alors que toute contagion surajoutée était impossible, en raison de l'impossibilité de tout rapport, vu l'état de la verge. L'écoulement augmenta les jours suivants, se compliquant de vives douleurs en urinant « comme dans une chaudepisse », sans que l'exploration de l'urèthre fournît rien qui put expliquer les symptômes. Ce ne fut que 12 jours après le début des accidents, qu'en entr'ouvrant le canal, l'auteur put apercevoir une ulcération exclusivement intra-uréthrale qui devint de plus en plus apparente les jours suivants en progressant vers le méat. Puis, de l'intérieur de l'urèthre elle gagna le méat, l'envahit, le déborda et vint former à la surface du gland une large plaie extensive de tendance, creuse, jaunâtre, bourbillonneuse, véritable type d'ulcération tertiaire.

Un traitement énergique guérit toutes ces lésions. Plusieurs semaines après, apparut un nouvel écoulement uréthral qui, d'abord léger, augmenta bientôt, s'accompagna de douleurs vives pendant la miction, simulant la blennorragie. Le canal ne tarda pas à s'infiltrer à nouveau, simulant une sorte de tuyau de pipe. En même temps, se produisit sur le gland une nouvelle poussée d'ulcérations gommeuses qui prirent bientôt la forme phagédénique, puis le canal se perfora en s'ulcérant sur une large surface. Finalement, le sommet et la partie inférieure de la verge devinrent la proie d'un effroyable phagédénisme qui résista à tous les traitements pendant 18 mois et aboutit à dévorer les deux tiers du gland.

D'autres auteurs, entre autres Mauriac, ont rapporté des cas semblables. Dans l'un, la fonte de la tumeur se fit dans le canal, et la caverne, au lieu d'être extérieure, fut intra-balanique.

Dans un cas de Casper, un ancien blennorragique de 31 ans fut pris d'un nouvel écoulement après un coït suspect. Malgré le traitement classique de la blennorragie, l'écoulement n'était nullement modifié au bout de 6 semaines. Le malade, ayant alors avoué une vérole ancienne, fut soumis au traitement général et aux applications locales de glycérine au sublimé et tout écoulement cessa en 15 jours.

Ici encore, il s'agissait d'une gomme ramollie, manifestation isolée de la syphilis, et l'uréthroscopie avait montré l'existence d'une ulcération située sur la paroi inférieure de l'urèthre à 8 cent. du méat.

Nicolo la Mensa (*Folia urologica*, octobre 1908) a rapporté une observation de gomme autochtone de l'urèthre. Un homme de 36 ans présentait, à l'extrémité antérieure de la verge, une tumeur circonscrite de la grosseur d'une olive, indolente, lisse, arrondie, se continuant avec l'urèthre induré sur une longueur de 3 centimètres, le méat un peu rouge et œdématié, la peau et les tissus sous-jacents libres sur la tumeur. Une sonde nº 6 était arrêtée au niveau de la tumeur qui s'ulcéra secondairement et fistulisa l'urèthre.

Ce qui frappe donc, dans ces syphilides tertiaires autochtones, dans ces gommes autochtones de l'urèthre, c'est, à la période crudité de la gomme, les troubles de la miction, difficulté et douleur ; à la période de ramollissement et d'ulcération, un écoulement purulent paraissant tellement analogue d'aspect à l'écoulement blennorragique

qu'on leur donnait autrefois le nom de « blennorragie syphilitique ».

Enfin ces gommes peuvent s'ouvrir non pas exclusivement dans l'urèthre, donnant naissance à l'écoulement et aux cavernes (Mauriac), mais à la fois à l'extérieur et dans l'urèthre, créant ainsi des fistules uréthro-cutanées de siège variable.

La syphilis uréthrale tertiaire serait encore plus fréquente chez la femme que chez l'homme. D'après Fournier, très rarement la lésion uréthrale est *primitive* (1 cas Fournier) ; le plus souvent elle est *secondaire*, par propagation de lésions de voisinage. Ainsi, dans un cas de cet auteur, une syphilide gommeuse, localisée d'abord sur la petite lèvre droite, envahit de proche en proche l'entrée du vagin, puis le vestibule, puis l'urèthre ; la région uréthrale et péri-uréthrale se trouvait profondément ulcérée, l'urèthre se présentait béant, évidé en forme d'entonnoir, il ne restait plus de vestige du méat.

Le syphilome ulcéro-gommeux peut, non seulement intéresser le méat, mais s'avancer très loin dans l'urèthre. Ainsi, dans un cas de Virchow, chez une femme de 84 ans, ayant contracté la syphilis dans sa jeunesse, l'ulcération gommeuse avait atteint le méat, l'urèthre, le vagin et la vessie ; il s'agit là de syphilides ulcéreuses serpigineuses.

Fournier insiste sur quelques particularités intéressantes des syphilides uréthrales tertiaires chez la femme.

C'est d'abord, dit-il, « un état remarquable, en tant que dureté, des tissus qu'elles affectent. Cette dureté est toujours très accentuée, comme celle du chancre ; parfois elle devient telle qu'on croirait le méat et le bulbe transformés en cartilage, ce qui peut prêter à l'erreur en faisant croire à un néoplasme.

« C'est, ensuite, l'état du méat, tout à fait variable, tantôt tout à fait occlus par compression périphérique due à l'infiltration exubérante des parties, tantôt élargi, évidé en entonnoir lorsqu'il a été atteint par l'ulcération et laissant apercevoir les parois uréthrales jusqu'à une certaine profondeur.

« Les parties du canal ainsi découvertes sont, ou gris-jaunâtre, ou rouge vineux et saignent facilement à la pression, ce qui confirme encore dans l'hypothèse d'un néoplasme ».

Enfin, ces lésions uréthrales s'accompagneraient de douleurs plus ou moins vives à la miction ; vives au début, elles diminuent notablement à une époque plus avancée.

Syphilome cylindroïde de l'urèthre.

C'est une manifestation rare de la syphilis uréthrale qui consiste en une infiltration régulière et cylindrique d'un segment de l'urèthre, sur une étendue de quelques centimètres, 4 à 8 environ quelquefois, mais exceptionnellement davantage. Le canal ainsi intéressé fait un léger relief à la partie inférieure de la verge et à la palpation il donne, suivant la comparaison classique, la sensation d'un porte-plume, d'un tuyau de pipe, d'ailleurs complètement indolent.

Cette infiltration de l'urèthre peut, soit coexister avec d'autres lésions ulcéreuses du canal dont elle semble n'être qu'un prolongement, par exemple une gomme ulcérée de la région balano-préputiale ayant perforé l'urèthre, continuée par une infiltration ascendante du canal qui devient tuméfié, cylindrique et dur sur une étendue d'environ 4 à 5 centimètres (Fournier, Renault), soit exister isolément, indépendamment de toute autre lésion spécifique uréthrale ou des tissus péri-uréthraux. On trouve parfois quelques irrégularités le long du cylindre scléreux uréthral, ce sont de petits noyaux gommeux ou scléro-gommeux coexistants. Mais ce qui fait la particularité et la gravité de cette forme, c'est la prédominance du tissu scléreux, alors que dans les autres formes de la syphilis tertiaire uréthrale prédomine le tissu gommeux. Or, tandis que le tissu gommeux se résorbe sous l'influence du traitement, le tissu scléreux persiste et maintient un rétrécissement permanent du calibre de l'urèthre.

C'est là une manifestation rare et la 1re observation serait celle de Notta, de Lisieux (*Arch. gén. de méd.*, 1849). Fournier en aurait observé 6 cas ; on peut y ajouter les observations de Jonhson, de Zeissl, de Brownson, Harisson, Veale, les 2 cas de Thomson, le cas d'Albarran et celui de Fissiaux, la remarquable observation de Glantenay, l'observation de Mauriac, une de Loumeau, celle de de Santi, où le syphilome occupait tout l'urèthre périnéo-scrotal, du bulbe, qu'il semblait coiffer, à la racine de la verge, une de Hudelo dont nous avons pu examiner le malade à la consultation de l'hôpital Ricord.

Tout récemment Nicolo la Mensa (*Folia urologica* 1908) a publié 2 observations de syphilome cylindroïde tertiaire de l'urèthre, coexistant avec une gomme du sillon balano-préputial, mais indépendant d'elle, commençant à 3 centimètres en arrière du sillon balano-préputial et intéressant l'urèthre jusqu'à l'insertion postérieure du scrotum. A la pression, il s'écoulait par le méat un liquide mucilagineux, filant, glutineux. La miction était douloureuse et difficile. Le calibre de l'urèthre était réduit (10 Charrière) dans le premier cas, 12 dans le second).

Joly, en 1905, a publié également une observation intéressante de syphilome cylindroïde tertiaire de l'urèthre. Celui-ci présentait, à la palpation, un noyau dur, annulaire et indolore au niveau de l'angle péno-scrotal, se prolongeant en arrière sur une distance de plusieurs centimètres en un cordon très dur, indolore et présentant, en son milieu, un nouveau renflement semblable au premier. La lésion s'accompagnait d'un rétrécissement très serré de l'urèthre qui ne présentait plus qu'un calibre 8 au maximum. Le méat laissait écouler du pus jaunâtre en petite quantité.

Dans l'observation de Gaucher et Druelle (*Bull. soc. Dermat. et Syph.*, 1905), toute la portion pénienne de l'urèthre présentait de l'infiltration gommeuse ; le malade avait eu en outre, lors d'une atteinte précédente, des gommes du gland et du sillon balano-préputial qui, perforant le canal, avaient créé une fistule urinaire ; on constatait un léger écoulement jaunâtre et peu épais.

L'infiltration uréthrale n'était pas uniforme, mais revêtait la forme de petites nodosités, l'urèthre était également infiltré et augmenté de volume et de consistance. Le palper du canal provoquait l'apparition au méat d'un liquide d'aspect gommeux et nullement purulent. Il s'agissait, dans ce cas, de gommes uréthrales dont quelques-unes étaient ramollies et ouvertes dans l'urèthre et de lésions scléreuses intermédiaires de l'urèthre.

Le malade de Renault présentait une gomme périnéo-bulbaire ouverte à la peau et ayant fistulisé l'urèthre. De ce point, le canal était engainé jusqu'au frein dans un cylindre de dureté pierreuse et à peu près régulière ; par-ci par-là existaient quelques noyaux gommeux ou scléro-gommeux. Les lèvres du méat étaient très dures ; il ne s'écoulait pas de sérosité ni de pus par le méat, la miction était gênée et le calibre de l'urèthre était réduit au n° 6.

Dans le cas de Février, 14 ans après le chancre, une gomme ulcérée du périnée avait également fistulisé l'urè-

thre. A partir de ce point et sur toute la longueur de la verge, le canal s'indura, très gros, rigide ; il était comparé par le malade à un tuyau de plomb. Le jet d'urine était très fin et le canal n'admettait qu'une bougie n° 6. Le toucher rectal permettait de reconnaître que l'urèthre profond était tuméfié.

Dans l'observation de Mauriac, le syphilome était limité à la portion glandaire de l'urèthre.

Dans le cas de Glantenay, 4 ans après le chancre, un syphilome diffus transformait le canal en un cordon dur depuis le frein préputial jusqu'au fond du périnée, les mictions étaient fréquentes et douloureuses, le jet éparpillé en éventail. Dans l'observation d'Hudelo, c'était la partie postérieure de l'urèthre pénien, à partir de l'angle péno-scrotal jusqu'à 2 ou 3 centimètres du méat, qui était transformé en un cylindre dur.

Symptômes. — Nous avons énoncé déjà, en donnant le caractères des différentes lésions tertiaires de l'urèthre, la plupart de leurs symptômes. Toutes ces lésions tertiaires ont quelques caractères communs et habituels.

C'est, tout d'abord, l'invasion insidieuse, inaperçue, se faisant sans douleur, c'est par hasard que le malade découvre sa lésion. C'est ensuite l'évolution lente de ces lésions qui mettent longtemps pour acquérir des proportions inquiétantes pour le malade. Elles ne s'accompagnent pas de réaction locale ni générale, les ganglions lymphatiques sont intacts, ce qui permet de les différencier facilement d'avec le chancre syphilitique.

Lorsque,ce qui est est le plus fréquent, les lésions uréthrales sont des lésions propagées, on trouve dans les tissus péri-uréthraux, au niveau du gland surtout, du sillon balano-préputial, au périnée, dans les corps caverneux quelquefois, une ou plusieurs tumeurs molles,indolentes, circonscrites : ce sont des gommes. Ulcérées, elles se présentent avec les caractères ordinaires des lésions ulcéro-gommeuses, s'accompagnent d'une induration cartilagineuse des tissus adjacents, en particulier du gland et d'une induration en tuyau de pipe de l'urèthre sur quelques centimètres. L'ulcération progresse et peut aller jusqu'à la fistulisation de l'urèthre. Ce sont enfin des troubles de la miction, ou très passagers quand il s'agit de gommes uréthrales, faux rétrécissements qui disparaissent quand la gomme s'évacue, ou, au contraire, persistants et progressifs dans le syphilome cylindroïde. Le malade a la sensation d'un obstacle à vaincre, le jet d'urine diminue de volume et de puissance, il s'éparpille en éventail, parfois il existe des rétentions passagères (Joly). Ce sont encore des douleurs à la miction, parfois peu marquées, parfois très vives (Gaucher et Druelle) contrastant avec l'indolence de la tumeur et de l'urèthre à la palpation.

Signalons enfin l'écoulement, par le méat, d'une petite quantité de liquide, soit franchement purulent, jaunâtre ou séro-purulent, ou glutineux, visqueux, opalin, et faisant croire habituellement à une blennorragie. L'érection et l'éjaculation sont indolores, mais la verge est quelquefois incurvée lors de l'érection. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos du Congrès des maladies professionnelles

Jasons un peu, comme par occasion, sur le récent Congrès international des maladies professionnelles. Si nous le pouvons encore, c'est que certains confrères de la presse médicale reviennent avec insistance sur la partie épisodique du Congrès, et chaussent le cothurne à propos des paroles maladroites d'un délégué ministériel, paroles qui auraient pu jeter la suspicion, dans un milieu mondial, sur la sincérité des certificats délivrés par les médecins français. Mais cette imprudence a été relevée *hic et nunc* par une riposte des plus heureuses, et l'on peut admettre qu'un incident qui a reçu sur place sa juste sanction devrait être considéré comme clos. Vouloir au contraire poursuivre sans cesse et toujours poursuivre, c'est s'exposer à dépasser la mesure, et si l'exagération risque souvent de compromettre les meilleures causes, elle ne serait rien moins que justifiée dans le cas particulier. Il s'agissait en effet d'un délégué non médecin, encore moins surhomme, mais actuaire de son état et ayant droit par conséquent à une atténuation de sa propre responsabilité s'il se perd dans le dédale de la médecine, et méritant subséquemment, une bonne part de notre indulgence.

Il convient d'autant moins de gonfler notre émotion que dans ce même Congrès, on a pu assister au colloque plutôt discordant et vif entre un médecin français et ce même actuaire. Si le dernier pataugeait dans la médecine, celui-là n'avait guère plus de succès à vouloir parler « lois et jurisprudence ». De sorte que chien et chat commirent la même faute. Ce fut à la fois comique et triste ; comique pour la galerie internationale, triste pour les *quelques* Français qui étaient là.

***

Car ils ne furent pas nombreux les Français qui voulurent bien interrompre ou raccourcir leur villégiature pour prendre part au très intéressant II[e] Congrès international des maladies professionnelles. Le Comité français n'avait ni son président, ni ses vice-présidents. Seuls les professeurs agrégés Langlois et André Broca, représentaient le corps enseignant des Facultés et Ecoles de médecine de France. C'était beaucoup par la personnalité respective des deux Maîtres, et par la valeur des communications qu'ils ont faites ; c'était insuffisant par le nombre. Car on pouvait dire des Etrangers venus au Congrès de Bruxelles, et des Belges eux-mêmes : *numerandi et ponderandi.* Cette abstention presque massive des compétences françaises dans une question médico-sociale des plus importantes, et, je dirais, des plus attrayantes, a été des plus pénibles pour les Français présents, non seulement par amour-propre national, mais par esprit de justice, parce que, peut être par simple paresse de déplacement, la médecine française risque des coups qu'elle ne mérite pas ; et le coup le plus terrible qu'on lui puisse délicatement porter, c'est de jeter sur elle le voile du silence.

Pendant ce temps nous entendions à Bruxelles des professeurs venus de tous les côtés. Nous apprenions par le professeur Devoto que la *Clinique des maladies professionnelles*, fondée à Milan en 1906, fonctionne de mieux en mieux, à la satisfaction de tous : des médecins, des industriels, des ouvriers. Les médecins reçoivent dans cette clinique un enseignement spécial basé principalement sur l'étude expérimentale : physiologique, chimique, bactériologique. Les industriels et leurs ouvriers apprennent les uns et les autres, en fraternisant dans le même amphithéâtre, les moyens d'éviter

ou d'atténuer par l'hygiène industrielle et individuelle les maladies professionnelles.

Pendant que les Français s'abstiennent, les maladies professionnelles font l'objet d'un enseignement spécial à Florence, à Naples, à Padoue, à Bologne, à Gênes, et l'Italie prépare pour cette branche officielle de l'enseignement médical un certain nombre de privats-docents.

De sorte que dans quatre ans, au III[e] Congrès international qui aura lieu à Vienne, les Français que la question intéresse iront apprendre en trois jours à l'étranger tout ce qu'ils doivent savoir en maladies professionnelles, considérées comme objet de l'aide puissante et éclairée que le médecin doit apporter en pareille matière aux pouvoirs publics, aux législateurs, aux industriels, aux ouvriers.

C'est triste, mais vu notre stagnation, au moins apparente, en ce point de l'activité scientifico-sociale, il n'y a pas de raison, jusqu'à preuve du contraire, pour qu'il en soit autrement. CORNET.

ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

La question des interventions chirurgicales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire est à l'ordre du jour depuis quelques années, surtout à l'étranger. Diverses opérations ont été préconisées :

1° Celles par lesquelles on pénètre dans le parenchyme pulmonaire pour ouvrir le foyer pathologique et le drainer ;

2° Les résections plus ou moins étendues du poumon malade ;

3° Les opérations qui se proposent de modifier le jeu de la respiration et d'exercer par conséquent une influence purement fonctionnelle sur le travail du poumon ;

4° Les opérations qui ont pour but de provoquer le collapsus ou la compression du poumon.

Les opérations de la 1[re] et de la 2[e] catégories ont été définitivement abandonnées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Celles de la 3[e] catégorie ont pour type l'opération de Freund (résection du cartilage de la 1[re] côte) : elles prétendent réaliser l'élargissement du thorax ou seulement son ouverture supérieure, donner plus de jeu au poumon et favoriser ainsi le processus de cicatrisation des lésions tuberculeuses. Or, c'est aller tout à fait à l'encontre du but qu'on se propose : en augmentant la ventilation des parties malades, on active la circulation de la lymphe et on favorise la progression des lésions.

En réalité, il faut mettre le poumon tuberculeux au repos. Il faut en favoriser le collapsus et le réaliser soit par la production du pneumothorax artificiel, soit, quand les adhérences empêchent le pneumothorax, par une thoracoplastie extra pleurale.

Les résultats obtenus par la thoracoplastie sont loin d'être encourageants et ceux qui l'ont essayée ne la recommandent guère. Brauer sur 8 interventions a eu 3 morts.

Il semble bien établi actuellement que les succès obtenus avec le pneumothorax artificiel sont bien supérieurs à ceux des autres méthodes.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date cette notion de l'influence favorable d'un pneumothorax sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. LOUIS, WOILLEZ, POTAIN, signalèrent une amélioration après un pneumothorax naturel ou artificiel chez des tuberculeux.

Mais c'est à Carlo FORLANINI (1), professeur à l'Université

(1) FORLANINI. — *Gaz. degli ospedali*, août, septembre, octobre, novembre 1882.

de Pavie, que revient l'honneur d'avoir lancé, le premier, en 1882, l'idée du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. Ses articles ne provoquèrent d'ailleurs qu'un enthousiasme modéré et ne furent suivis d'aucun essai. Ce n'est qu'à partir de 1894, quand Forlanini appuya ses théories de la présentation de 7 cas traités au Congrès international de médecine de Rome, que le monde médical commença à s'émouvoir.

Et Forlanini (1), dans un article récent, reconnait que son procédé a reçu un accueil favorable et a été étudié dans presque tous les pays, sauf en Italie. En Amérique, MURPHY (2), LEMKE (3), SCHELL (4) ; en Allemagne BRAUER (5), LEXER (6), SCHMIDT (7), KLEMPERER (8) ; en Danemark, SAUGMANN (9) ; en Suisse SPENGLER (10), CHAPUIS (11) ; en France, DUMAREST (12), DESSIRIER (13), publièrent de nombreux cas de tuberculose traités par la méthode de Forlanini, plus ou moins modifiée.

***

Bien qu'actuellement nous n'ayons pas de données physiologiques précises sur la façon dont s'effectue la guérison dans le cas de pneumothorax artificiel, on peut poser en principe qu'il agit probablement :

1° Par l'immobilisation absolue du poumon, le mouvement continuel causé par la respiration devant irriter la lésion tuberculeuse et en favoriser l'extension ;

2° Par la compression qui permet dans les cas de cavernes l'accolement permanent et étroit de leurs parois, et, en empêchant la rétention des produits septiques, s'oppose à la fièvre de résorption ;

3° Par le ralentissement de la circulation qui diminue la diffusion des toxines et arrête le processus inflammatoire en provoquant, comme la méthode de Bier, la stase sanguine dans les tissus.

L'air injecté dans la plèvre se résorbant trop rapidement, on a cherché à le remplacer par un corps moins fluide : l'huile d'olive, le sérum physiologique. FORLANINI s'élève vivement contre ces procédés entraînant des phénomènes de pleurite et une violente poussée de fièvre.

Forlanini préconise l'azote pur qu'on obtient dans le commerce à l'état comprimé, ou qu'on fabrique chimiquement par les procédés de laboratoire (procédé du phosphore, du cuivre rouge, du bichromate de potasse, de l'acide pyrogallique).

***

Le mode d'introduction de l'azote dans la plèvre et la quantité à injecter varient suivant les auteurs.

Pour arriver sûrement dans l'espace interpleural, deux méthodes sont en présence : la méthode de la thoracentèse directe, celle de FORLANINI, employée aussi par LEMKE et SCHMIDT, et la méthode de l'incision préalable, celle de MURPHY et BRAUER.

Dans la méthode de MURPHY-BRAUER on fait au bistouri, sous anesthésie locale ou sous légère narcose chloroformique, une incision de 2 à 2 cm. 1/2 dans la paroi thoracique entre deux côtes, ordinairement au niveau du 5[e] espace, sur la ligne axillaire antérieure. Mais le point peut changer suivant le siège de la lésion : 4[e] espace intercostal en arrière de la ligne axillaire pour une tuberculose localisée au sommet ; 3[e] espace en dehors de la ligne mamelonnaire

(1) FORLANINI. — *La Riforma medica*. 16 mai 1910, p. 533.
(2) MURPHY. — *The Journ. of the Am. med. Assoc.*, juillet-août 1898.
(3) LEMKE. — *Journ. of the Am. med. Assoc.*, août 1899.
(4) SCHELL. — *New-York med. Journ.*, oct. 1898.
(5) BRAUER. — *Münch. med. Woch.*, 1906-07.
Therapie der Gegenwart 1908 juin.
(6) LEXER. — *Beitrage zur Klinik der Tuberkulose*, 1907.
(7) SCHMIDT. — *Deutsche med. Woch.*, mars 1906, n° 13. *Munch. med Woch* 1907, n° 49.
(8) KLEMPERER. — *XXV[e] Congrès allem. de méd. interne*, avril 1908.
(9) SAUGMANN. — *Ugeskrift for Laeger*, 1907.
(10) SPRENGLER. — *Monatsblatt für Schw. Aerzte*, 1909, n° 23.
(11) CHAPUIS. — *Schw. Rundschau für Medizin*, 1910, n° 14 et 15.
(12) DUMAREST. — *Bull. méd.*, 1909, n° 11.
(13) DESSIRIER. — *Th. Lyon*, 1908.

pour une lésion du lobe moyen ou inférieur. Une fois arrivé à la plèvre pariétale, on la ponctionne avec un trocart mousse relié au récipient d'azote et dont on retire l'aiguille dès qu'on a pénétré dans la plèvre. On injecte en moyenne 1 à 3 litres d'azote par séance : on va en principe jusqu'à la disparition complète des bruits respiratoires. Le trocart une fois retiré, on recouvre la plaie cutanée d'un pansement au collodion, et à l'aide d'un tamponnement on exerce une compression suffisante pour éviter l'emphysème sous-cutané. Cette thoracotomie n'est employée que pour la première intervention ; ultérieurement, le pneumothorax est entretenu par des ponctions.

Cette méthode présente un inconvénient : c'est l'intervention chirurgicale, mais elle permet d'arriver sûrement dans l'espace pleural et d'éviter l'embolie gazeuse.

Les *méthodes de thoracentèse directe* consistent à perforer directement la paroi thoracique avec une simple aiguille creuse.

Lemke, dans une soixantaine de cas, paraît employer simplement une aiguille à ponction ordinaire, une aiguille de Potain, pour traverser la plèvre.

Schmidt enfonce, après anesthésie locale dans la paroi thoracique, un trocart de 1 à 1 cm. 1/2 de long, d'assez gros calibre qui traverse les muscles intercostaux, mais n'est pas assez long pour atteindre la plèvre. Dans la lumière du trocart on engage alors une sonde creuse à ouverture latérale, ayant environ 6 cm. de long et avec laquelle on effondre la plèvre sans difficulté. On met ensuite l'aiguille en communication avec le récipient contenant l'azote.

Forlanini se sert d'une aiguille très fine de 0,5 à 0,75 mm. de diamètre, dont la piqûre n'est pas plus douloureuse que celle d'une aiguille de Pravaz et dont une simple anesthésie locale au chlorure d'éthyle supprime la douleur.

L'aiguille est reliée par un tube en caoutchouc à un dispositif spécial composé de 2 réservoirs en verre réunis à leur base par un tube en U, d'une contenance de 500 cmc. chacun. L'un des réservoirs A est gradué en centimètres cubes et contient l'azote, l'autre B. contient une solution de sublimé à 1 ‰ et renferme à son intérieur un manomètre à air permettant de savoir à quel degré de pression se trouve l'azote à injecter. Il est relié par une soufflerie de Richardson qui permet de faire varier cette pression et d'augmenter l'écoulement de l'azote chassé par la solution de sublimé. La quantité d'azote injecté se lit sur l'échelle graduée du réservoir A relié au tube en caoutchouc auquel est fixée l'aiguille à ponction Sur ce tube en caoutchouc est monté un tube de verre contenant du coton stérilisé qui sert de filtre.

On choisit l'espace intercostal où l'exploration clinique permet de supposer qu'il n'y a pas d'adhérences et la région où la paroi thoracique et la plus mince ; ordinairement la ligne axillaire entre les insertions du grand dentelé et du grand pectoral.

Après anesthésie légère au chlorure d'éthyle, on enfonce l'aiguille lentement, perpendiculairement à la paroi thoracique. On ne permet l'arrivée de l'azote qu'après avoir traversé le tissu cellulaire sous-cutané et être entré dans le tissu musculaire. Arrivé à l'aponévrose des muscles intercostaux, on a une sensation de résistance analogue à la perforation d'une feuille de papier par une aiguille.

S'il n'y a pas d'adhérences, dès qu'on arrive avec la pointe de l'aiguille au-delà de la plèvre pariétale, il se produit aussitôt une élévation de la surface du liquide dans le réservoir A. Après avoir laissé écouler une petite quantité d'azote pour écarter légèrement les 2 plèvres, on enfonce l'aiguille de 1 à 2 mm. encore et l'écoulement du gaz se fait alors tranquillement et régulièrement sous une très faible pression (15 à 20 cm. d'eau au plus). Forlanini injecte la première fois 200 à 300 cmc. d'azote et continue à 1 à 2 jours d'intervalle les injections qu'il élève jusqu'à 500 cm. Grâce à la sonorité exagérée, la surélévation des espaces intercostaux, les modifications des signes d'auscultation, on s'aperçoit qu'un pneumothorax est formé.

***

Quant aux *accidents* à redouter, il faut signaler l'emphysème sous-cutané. Il peut être immédiat au moment de la ponction : il suffit d'arrêter l'injection pour le voir disparaître. L'emphysème peut être tardif, survenant quelques heures, quelques jours, après la ponction. Une compression légère en amène vite la résolution.

Une hémorragie par piqûre d'un vaisseau ne doit pas se produire, si on prend les précautions normales.

Plus grave est l'embolie gazeuze, mais elle est d'une extrême rareté. Il en est de même des troubles nerveux connus sous le nom d'épilepsie, d'éclampsie pleurale (Roch).

Exceptionnelle est la blessure du péricarde ou du cœur.

Quant aux complications produites par le déplacement du cœur, elles n'ont jamais été signalées comme dangereuses.

***

Les *résultats* se font sentir d'une façon rapide dès que le pneumothorax a un volume suffisant. La fièvre tombe progressivement et disparaît, et l'apyrexie se maintient d'une façon persistante. L'expectoration diminue bientôt et tend à se supprimer. La tachycardie devient également moins marquée. L'état général se relève, les sueurs nocturnes disparaissent, le sommeil est régulier, l'anorexie s'atténue, le malade éprouve une sensation de bien-être à laquelle il n'était plus accoutumé.

Cette amélioration se prolonge, car le pneumothorax est également durable. Dans certains cas le pneumothorax a été maintenu plusieurs années (jusqu'à 4 ans), la résorption très lente de l'azote permet au poumon une réexpansion progressive.

Si le traitement est de longue durée, il est pratiquement d'une application facile. Au bout de quelques mois, quand l'état général est bon, le malade peut quitter l'hôpital et rentrer chez lui, il lui suffit de venir de temps en temps se faire examiner et injecter une petite quantité d'azote quand le pneumothorax a un volume et une pression insuffisants. Certains malades de Forlanini ont quitté sa clinique depuis longtemps et repris leur travail sans être incommodés par leur pneumothorax.

***

Certains auteurs considèrent, avec Chapuis, que l'adhérence pleurale est une contre-indication formelle à la méthode de Forlanini. Cet auteur cependant ne se laisse pas décourager par les adhérences et recommande les essais multiples jusqu'à ce qu'un endroit libre ait été trouvé. A ce moment, la cause est gagnée et on arrive à décoller peu à peu les symphyses les plus accentuées.

Schmidt pense qu'il est possible, dans le cas de soudures partielles de la plèvre, de créer la compression complète en injectant plusieurs poches d'azote formant chacune un pneumothorax séparé.

***

Quoi qu'il en soit, il est incontestable, aujourd'hui, qu'en prenant des précautions, on obtient de bons résultats avec la méthode du pneumothorax artificiel.

Forlanini a, en 1907-08, pratiqué lui-même 1454 introductions d'azote dans la plèvre ; dans 4 cas il eut des accidents qui aboutirent à la mort dans un cas : encore s'agissait-il de granulie pulmonaire avec épanchement péricardique d'environ 200 cm. Dans toute sa carrière il aurait pratiqué plus de dix mille introductions d'azote dans la cavité pleurale sans plus d'accidents. Les résultats sont bien supérieurs à ceux qu'on pouvait attendre : beaucoup de malades sont guéris depuis des années.

Il semble donc que dans le traitement de la tuberculose pulmonaire le pneumothorax artificiel, joint au traitement général et à la cure d'air, est appelé à donner les meilleurs résultats.

Burnier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 octobre 1910.

Action des rayons ultra-violets sur les bacilles tuberculeux et sur la tuberculine. — Mme ***V. Henri-Cernovodéanu***, MM. ***Victor-Henri*** et ***V. Baroni***, continuant leurs recherches sur le sujet susénoncé, sont arrivés aux résultats suivants :

1° *Après une exposition de courte durée* (1 *minute*) *aux rayons ultra-violets les bacilles tuberculeux sont atténués* ; il y a d'une part un retard notable dans l'apparition de la tuberculose chez les cobayes, et d'autre part un retard dans l'apparition de la culture.

2° *Après une durée plus grande* (10 *minutes*) *les bacilles tuberculeux sont détruits*. Pour les expériences in vitro, on constate un retard dans l'apparition de la culture et une diminution de germes déjà après 10 secondes d'exposition ; les bacilles exposés pendant 3 minutes et plus ne poussent plus sur pomme de terre.

Le coli est, dans les mêmes conditions, tué en 1 minute.

3° *La tuberculine exposée aux rayons ultra-violets pendant* 5 *heures ne donne plus aucune réaction chez le cobaye tuberculeux*, tandis que, chauffée pendant 30 minutes à 134°, elle conserve ses effets.

4° *La tuberculine exposée dans le vide est détruite beaucoup plus lentement que lorsqu'elle est exposée à l'air.*

Mme PHISALIX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 novembre 1910.

MM. ***Jeanselme*** et ***Touraine***, sur 36 malades traités par le « 606 », ont recherché la *réaction de Wassermann* immédiatement avant l'injection, puis pendant chacune des semaines suivantes. Les résultats qu'ils ont obtenus peuvent être divisés en quatre groupes.

1° Dans un cas de syphilis primaire, le Wassermann, encore positif quatre jours après l'injection, était négatif huit jours après et l'est encore le quarante-neuvième jour.

Chez dix-neuf sujets atteints de syphilis secondaire, la réaction, de positive, est devenue négative en moins de onze jours dans 47 % et en seize jours dans 58 % des cas.

Dans trois cas de syphilis tertiaire, le Wassermann est devenu négatif les neuvième, quatorzième et seizième jours.

2° Dans cinq cas, le Wassermann est resté positif plus de trois semaines après l'injection.

3° Sur quatre malades, le Wassermann, négatif avant le traitement, est devenu positif après, pour redevenir négatif dans la troisième ou quatrième semaine, sauf dans un cas.

4° Dans cinq cas, le Wassermann, positif avant l'injection, est devenu négatif après elle, pour redevenir positif plus tard.

Il semble, d'une façon générale, que la réaction disparaît d'autant plus rapidement que la dose de « 606 » employée est plus élevée ; toutefois, cette règle comporte de nombreuses exceptions.

La réaction de Wassermann devient le plus souvent négative en même temps que disparaissent les manifestations cliniques. Cependant, en ce qui concerne les syphilides *infiltrées*, secondaires ou tertiaires, on conçoit que le Wassermann devienne négatif avant que la résorption si lente de ces lésions soit terminée. A l'inverse, quand il s'agit d'accidents *volants*, tels que les plaques érosives, ils disparaissent bien avant que la réaction soit devenue négative.

M. ***J.-L. Martin*** indique la technique de *l'injection intra-veineuse de* 606 qu'il suit à l'hôpital Pasteur. Celle-ci se montre supérieure à l'injection intra-musculaire, de même qu'elle est plus active dans la trypanosomiase humaine.

Il se sert du 606 Hy et non pas du 606 Id qui ne peut être employé à cet usage. Dans un verre à expérience on verse sur la poudre avec une pipette une dizaine de gouttes de lessive de soude pure : une pâte brune se forme instantanément ; puis, on ajoute du sérum artificiel à 7 ‰. La dissolution est instantanée. L'auteur ajoute autant de fois 3 cmc. de sérum qu'il y a de centigrammes de 606. On peut ensuite neutraliser en ajoutant un peu d'acide acétique jusqu'à formation de précipité durable, qu'on redissout ensuite en ajoutant un peu de la liqueur primitive mise de côté auparavant.

On filtre ensuite à la bougie Chamberland stérilisée et on injecte ensuite le liquide dans une veine à l'aide d'une aiguille reliée par un tube de caoutchouc à un flacon de verre où se trouve le liquide à injecter qu'on chasse avec une soufflerie de thermocautère. L'auteur n'a jamais eu d'accident.

Il est d'ailleurs possible de conserver limpide cette solution de 606 pendant 3 semaines et plus, pourvu qu'elle soit à l'abri de l'air.

Les avantages de cette méthode sont l'absence complète de douleur et la possibilité de diminuer les doses.

Ehrlich recommande comme dose par injection intra-veineuse 0.30 chez la femme et 0.40 chez l'homme. Peut-être même ces doses sont-elles trop fortes.

On peut même supprimer l'injection intra-musculaire consécutive que recommande Ehrlich. Il suffit, si les accidents ne cèdent pas, de refaire une nouvelle injection intra-veineuse au bout de 6 jours. Le 606 s'élimine en effet lentement par l'urine. Tandis que l'atoxyl s'élimine en 25 heures, il persiste encore des traces du 606 dans l'urine le 7e jour. L'auteur a obtenu de très bons résultats par cette méthode, qu'il compare au traitement de la maladie du sommeil, où l'on a de bons résultats en injectant des doses progressivement croissantes.

L'auteur insiste sur les réactions générales et locales qui se produisent 2 à 3 heures après une première injection : réactions d'autant plus vives que la dose a été plus considérable. Ce sont des vomissements, de la pâleur, une tendance syncopale. Chez une femme qui avait un chancre de l'amygdale et des plaques muqueuses, les accidents sont devenus turgescents 5 à 6 heures après l'injection et une roséole très intense est apparue, simulant une éruption médicamenteuse. Au contraire après une 2e injection il n'existe ni phénomènes d'intoxication ni éruptions.

M. ***Sicard*** a injecté le 606 intra-veineux chez 16 malades atteints de syphilis nerveuse d'une façon très simple.

Il dissout le 606 dans 150 cc. de sérum auxquels il ajoute une dizaine de gouttes de soude caustique pour amener une transparence parfaite. Il chauffe au bain-marie et injecte directement dans une veine du coude. Jamais il n'a eu d'accidents. Dans les syphilis nerveuses jeunes, les résultats sont appréciables et sont nuls dans les cas anciens.

M. ***Netter*** a fait une injection intra-veineuse très facilement dans un cas de syphilis secondaire et sans aucune douleur. Une demi-heure après, apparut de la céphalée, des vomissements qui durèrent 5 heures. Le lendemain, survint du prurit avec urticaire et une turgescence de l'éruption. Puis l'amélioration se produisit.

M. ***Queyrat*** cite l'opinion de Winitrand qui a fait 250 injections intra-veineuses, de 0 gr. 50 à 0 gr. 70 de 606, comme Sicard l'a rapporté. Il n'a eu aucun accident immédiat, sauf des vertiges et de la pâleur. Dans un cas il est survenu une thrombose d'une veine du cou.

Quand les accidents ne cèdent pas, on refait une deuxième injection intra-veineuse 15 jours après.

Les récidives après injections intra-veineuses s'élèvent à 30 %.

M. ***Milian*** a pratiqué plusieurs injections intra-veineuses et a noté que l'efficacité est moins grande que l'injection intra-musculaire. Aussi Ehrlich recommande-t-il de faire 3 jours après l'injection intra-veineuse, une injection intra-musculaire. L'auteur rejette complètement l'injection sous-cutanée qui donne des abcès à caractère bien spécial : *abcès arsenicaux*, limités et amicrobiens. On note d'abord de la douleur, de la rougeur et de l'œdème, comme dans l'érysipèle, puis vers le 6e jour apparaît de la fluctuation. Il existe du prurit et enfin de la desquamation. La résorption est lente et il persiste souvent pendant 2 mois et plus une nodosité de coloration noirâtre.

Sur 200 malades injectés, Milian n'a jamais eu de gangrène ni d'abcès. Or il fait toujours une injection intra-musculaire. Il a rejeté l'injection interscapulaire en raison de la douleur initiale atroce, angoissante et parfois syncopale et des troubles ulterieurs : sensation d'étau, dyspnée, bradycardie, paralysie du bras.

L'injection intra-fessière est également douloureuse dans les

mouvements de marche et de station debout, L'auteur préfère la région lombaire. En ce point, il est également plus facile de rechercher le produit chirurgicalement en cas d'accidents.

M. *Ravaut*, avec la méthode de Wechselmann, a vu se produire un enkystement de la dose injectée au bout de 8 jours. Quelquefois la collection contenait un liquide noirâtre avec quelques leucocytes, atteignant le volume du poing. Elle se reformait malgré des ponctions répétées.

M. *Milian* estime que l'enkystement est le fait d'une injection sous-aponévrotique. Jamais il ne se produit après une injection intra-musculaire.

M. *Bernard* injecta 0 gr. 40 de 606 dans un cas de syphilis viscérale chez une femme de 40 ans présentant de la céphalée, des troubles nerveux, délire, paralysie oculaire et du voile du palais. Après une injection intra-fessière très douloureuse, les symptômes nerveux s'aggravèrent, le délire augmenta. Voyant qu'aucune amélioration ne se produisait, l'auteur fit 8 jours après une injection mercurielle. A partir de ce moment, la paralysie du voile et la paralysie oculaire disparurent et la femme guérit.

M. *Milian* fait observer qu'à côté de l'action immédiate, le 606 a une action lointaine et prolongée.

M. *Queyrat* fait remarquer que dans certains cas de syphilis le 606 est absolument sans action. Il a vu, chez des malades d'Herxheimer qui avaient reçu un gramme de 606, les plaques muqueuses et la roséole persister.

MM. *Guillain* et *Ravaut*. — On a parlé dans certains journaux de 2 *cas de mort* après 606, qui seraient survenus à l'hôpital Cochin dans le service du Pr Chauffard. Or, il n'a été fait qu'une seule injection de 606 qui en effet se termina par la mort. Il s'agit d'une femme de 28 ans qui, la veille de son entrée, présentait une hémiplégie organique après ictus. Elle avait contracté la syphilis depuis un an et présentait encore quelques plaques muqueuses. La ponction lombaire décela de la lymphocytose et une légère polynucléose. On fit le diagnostic d'hémiplégie syphilitique secondaire et on injecta, le 10 août, 0 gr. 45 de 606 Hy. Une température de 38°-39° s'installa et la malade mourut le 26 août : à l'autopsie, on ne trouva ni hémorragie cérébrale, ni méningée : mais un petit foyer de ramollissement dans le segment postérieur de la capsule interne et dans le noyau lenticulaire. Aucune lésion viscérale importante.

Les auteurs avaient cliniquement l'impression que cette hémiplégie devait s'améliorer par le traitement mercuriel. A l'autopsie on trouva en effet un ramollissement minime, mais d'autre part, on sait qu'il existe des hémiplégies syphilitiques qui peuvent se terminer brusquement par la mort. Les auteurs concluent donc que dans leur cas la malade est morte malgré le 606 et non à cause du 606.

M. *Triboulet* rapporte un cas de **réaction méningée au cours de la paralysie infantile**, chez un enfant qui présenta une monoplégie brachiale, quelque temps après un état méningé. Il semble donc qu'entre la méningite et la paralysie infantile, il y ait d'étroites relations.

Au point de vue étiologique, l'auteur pense que souvent ces troubles nerveux sont d'origine intestinale. C'est ainsi qu'il a vu se développer des accidents nerveux chez un enfant atteint d'entérocolite.

M. *Variot*, attire l'attention sur les **vomissements des nourrissons par hypoalimentation**. Les médecins actuellement pèchent plutôt par défaut que par excès d'alimentation chez le nourrisson ; mais il faut savoir que l'estomac des nourrissons est facilement spasmodique qu'il se contracte aussi bien quand il est trop plein que lorsqu'il est vide. Et l'auteur a observé ces vomissements chez des centaines d'enfants qui ne prenaient pas leur ration suffisante. Il suffisait de les nourrir suffisamment pour voir les vomissements cesser. Le citrate de soude est un auxiliaire utile du traitement. BURNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du . novembre 1910.

Ankylose de la mâchoire. — M. *Nélaton* fait un rapport sur une observation de M. Ombrédanne concernant un cas de constriction permanente des mâchoires. Il s'agissait d'un jeune homme qui, trois ans auparavant, s'était fracturé le condyle maxillaire droit, fracture que les commémoratifs indiquaient clairement.

La radiographie montrait seulement l'existence à ce niveau d'une ombre osseuse formant bloc. M. O. opéra donc ce côté et réséqua le bloc osseux qu'il trouva. Mais malgré cette première opération, la bouche ne put s'ouvrir. Un mois après on opère l'autre côté et l'on trouve qu'il y a luxation en avant du condyle maxillaire. On résèque ce condyle. Mais la bouche ne peut encore s'ouvrir parce qu'il y a accrochement de la coronoïde. Au ciseau on divise celle-ci par sa base, et cette fois la bouche s'ouvre largement.

Quatre mois après la bouche s'ouvre bien et le blessé mastique aisément.

Le rapporteur insiste sur l'écoulement sanguin d'origine veineuse qui au cours de cette intervention est considérable et très gênant. M. O. aspire le sang au moyen d'une canule spéciale. On voit que dans ce cas la section de la coronoïde a facilité l'ouverture de la bouche. On voit donc que c'est là une manœuvre recommandable pour compléter l'intervention en cas de luxation temporo-maxillaire.

Cancer de l'intestin suivi de plegmon. — M. *Savariaud* fait un rapport sur trois observations de M. Petit (de Château-Thierry) concernant des cas de cancer de l'intestin qui se sont compliqués de phlegmons, confirmant ainsi la thèse déjà soutenue par le rapporteur de la fréquence de ces phlegmons péri-cancéreux. Dans l'un de ces cas, le malade présentait dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction qui devint manifestement phlegmoneuse. Puis à l'occasion d'un effort, le malade ressentit à ce niveau une douleur brusque et très vive et succomba bientôt à une rupture d'abord extrapéritonéale puis intra-péritonéale. C'est là un cas de cancer latent perforant. Dans les deux autres cas il y eut également des phénomènes phlegmoneux, de la suppuration et la mort survint bientôt.

Utérus double et grossesse. — M. *Morestin*. — M. Rochard, à la dernière séance, nous a signalé un cas de grossesse double dans un utérus double. Les infections et avortements sont fréquents dans ces cas. En 1905, j'ai vu à l'hôpital Saint-Louis une jeune femme de 22 ans qui entrait à l'hôpital pour une tumeur abdominale accompagnée de métrorragies.

Depuis 4 mois ses règles avaient cessé. Il y avait des signes de grossesse : vulve violacée, seins augmentés de volume. Cependant le col était normal et le toucher ne permettait pas d'atteindre la tumeur qu'on sentait au palper dans la fosse iliaque droite. On pensa donc à une grossesse extra-utérine. La laparotomie montra un corps utérin sain mais muni d'un diverticule dans lequel s'était développé le fœtus. Je fis une hémi-hystérectomie qui fut facile. La malade guérit sans incident.

M. *Guinard*. — J'ai observé un cas de grossesse gémellaire dans un utérus bicorne. Il s'agissait d'une femme de 40 ans qui avait déjà eu trois enfants. Elle souffrait, se plaignait de pertes et ne présentait aucun signe précis de grossesse. Au toucher, le col était dur et ferme. Je me décidai à intervenir et trouvai un utérus gros, criblé de noyaux durs et surmontés d'une masse bilobée. Je pratiquai une hystérectomie subtotale. L'utérus était épais, et dans chaque corne utérine on trouva un embryon.

M. *Hartmann*. — J'ai opéré il y a quelques jours un utérus double, dont les deux parties, comme dans le cas que nous a signalé M. Rochard, étaient séparées par un pli vésico-rectal.

M. *Souligoux*. — J'ai trouvé un jour chez une femme qui vint me consulter, une tumeur développée sur l'utérus. Cette tumeur remontait à l'ombilic et paraissait se contracter sous la main qui la palpait. Revue deux mois après, je la trouvai augmentée de volume. Il s'agissait d'une grossesse.

Angiocholite typhique. — M. *Quénu* fait un rapport sur une observation de M. Guibal (de Béziers). Il s'agit d'une femme de 52 ans qui, au cours d'un état général infectieux manifeste, présenta des phénomènes d'hépatite qui d'abord parurent s'atténuer progressivement. Mais brusquement apparurent des douleurs vives dans l'hypochondre droit, accompagnées de vomissements.

On laissa refroidir la malade trois semaines, en la traitant par la morphine et de la glace sur le ventre après quoi l'interven-

tion fut décidée. De la vésicule ponctionnée on retira 200 gr. de liquide. Incision et drainage de la vésicule. Après l'opération l'ictère s'atténue, le foie diminue de volume et la fièvre tombe. Mais deux mois après une récidive oblige à une nouvelle intervention dans laquelle on trouve la vésicule entourée d'adhérences. On la libère et on la fixe à la paroi.

Il s'agissait d'une infection à bacille d'Eberth.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance des 13 et 20 octobre 1910.

Méningite cérébro-spinale traitée par les injections de sérum antiméningococcique. Accidents anaphylactiques. Mort. — M. ***Bretonville*** rapporte l'observation d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques de Weichselbaum, traité et guéri une première fois par la sérothérapie antiméningococcique, qui, à la suite de deux nouvelles injections de sérum, rendues nécessaires par une rechute survenue après dix jours, présenta des accidents nerveux formidables qui se terminèrent par la mort. Ces accidents anaphylactiques sont un des graves inconvénients de la sérothérapie, et, plus particulièrement, de la sérothérapie antiméningococcique, parce que le sérum est injecté directement au contact des centres nerveux. La méthode qui paraît mettre le mieux à l'abri de ces accidents est celle des injections répétées journellement, et à doses suffisantes (Netter et Dopter).

Contusions du rein. — On sait combien variées sont les lésions que l'on peut observer à la suite de contusions directes ou indirectes de la région lombaire ; le diagnostic en est particulièrement difficile et le chirurgien est souvent embarrassé pour instituer son traitement, d'autant qu'il peut exister des lésions concomitantes des vaisseaux ou des organes intra-péritonéaux. A ce titre, les observations suivantes et celles que suggérera la mise à l'ordre du jour des travaux de la Société de cette question, constitueront une intéressante contribution à l'étude des contusions rénales.

M. ***Jaubert***. — Un spahi, en tombant de cheval, s'est trouvé pris entre le sol et sa selle (en bois). Transporté d'urgence à l'hôpital, il présente des signes manifestes de contusion du rein droit ; il a des hématuries assez abondantes. Mais, comme l'état général est satisfaisant et que, d'autre part, il n'existe aucun signe de lésion intestinale, une intervention chirurgicale ne paraît pas s'imposer. D'ailleurs le blessé paraît se remettre, lorsque, au bout de plusieurs jours, apparaît dans la région lombaire une tuméfaction qui augmente progressivement de volume, mais très lentement et sans s'accompagner de phénomènes réactionnels. Néanmoins, près de 2 mois après le traumatisme initial, en raison de l'accroissement progressif de la tumeur, M. Jaubert intervient, croyant avoir affaire à un hématome périrénal. Or, il rencontre une poche épaisse, de couleur blanchâtre qui, incisée, donne issue à près de 2 litres d'un liquide clair, citrin, sans odeur ni trace de sang, qui a tout à fait l'aspect du contenu d'une *hydronéphrose*. Après évacuation et nettoyage, la poche est fermée, et la guérison survint sans incident.

M. ***R. Picqué*** est d'avis que, dans les contusions lombaires, le chirurgien doit se tenir prêt à intervenir, dès le premier indice de probabilité de lésion rénale ou abdominale. Il insiste, en particulier, sur l'importance d'un symptôme, la contracture localisée de la paroi. Il peut arriver, cependant, que, malgré les apparences, le chirurgien ne trouve au cours de son opération aucune lésion ; mais, grâce à l'asepsie, la laparotomie est devenue tellement bénigne qu'il lui semble préférable d'agir en présence de certains signes, plutôt que de rester dans une expectative qui peut être fatale au blessé. Dans le cas qu'il rapporte, il s'agit d'un sous-officier qui, ayant été serré par son cheval contre le mur du manège, est envoyé d'urgence à l'hôpital pour contusion lombaire. Les urines sont nettement hématiques, tout le flanc gauche est vivement douloureux, la paroi abdominale est contracturée de ce côté ; en outre, 4 heures après l'accident, le blessé est pris de vomissements bilieux, presque fécaloïdes.

Ces symptômes déterminent M. Picqué à intervenir. Il pratique une laparotomie, mais ne découvre aucune lésion, si ce n'est un hématome diffus rétro-péritonéal, occupant tout l'étage sous-méso-colique ; il ne trouve aucun vaisseau saignant. Il referme, et le blessé guérit sans complications. Malgré cette absence de toute lésion, il ne reste pas moins convaincu de la nécessité d'intervenir, lorsqu'il y a apparence qu'un organe peut être blessé.

M. ***Maljean*** rapporte un cas rare de rupture d'une des branches de l'artère rénale gauche, consécutive à une contusion indirecte du rein par chute sur les pieds d'un lieu élevé. Ce blessé s'était jeté par la fenêtre d'un deuxième étage et s'était fracturé les deux membres inférieurs. Pendant qu'on l'examinait, on s'aperçoit qu'il présente des signes d'hémorragie interne ; on décide d'intervenir aussitôt, mais il succombe, avant que l'opération ne soit commencée. A l'autopsie, on constate un hématome considérable occupant tout l'espace sous-péritonéal ; les deux loges rénales sont remplies de sang. Les reins sont intacts ; mais il est impossible, en raison de la suffusion sanguine, de découvrir le vaisseau lésé ; ce n'est qu'en injectant de l'eau chaude par l'aorte qu'on peut déceler une déchirure d'une branche de division de l'artère rénale gauche. Il y a lieu de se demander si, dans le cas où l'opération aurait pu se faire, on eût pu découvrir la lésion et lier le vaisseau rompu.

Fracture de la région occipito-pariétale avec fracture de la base du crâne. Trépanation. Guérison. — M. ***Trutié de Vaucresson*** a pratiqué avec succès la trépanation chez un blessé qui, en tombant de cheval, s'était fracturé le crâne. Une otorragie très abondante indiquait qu'il y avait fracture de la base ; le blessé présentait, en outre, des signes d'excitation cérébrale, de la perte de connaissance, du délire, des vomissements, de l'hyperesthésie ; il eut même une crise épileptiforme ; mais aucun symptôme ne permettait de localiser nettement une lésion cérébrale. Il appliqua une couronne de trépan dans la région occipitale gauche, où existait un volumineux hématome sous cutané ; il découvrit ainsi un trait de fracture, mais sans dépression des fragments, ni esquille. Son intervention se limita là, il n'incisa pas la dure-mère. Le blessé éprouva un soulagement immédiat ; les phénomènes d'excitation disparurent progressivement, et 12 jours après, la guérison était complète. L'auteur insiste sur les bienfaits de la trépanation dont l'action, dans des cas semblables, n'est guère connue et a donné lieu à diverses hypothèses.

M. ***Sieur*** fait remarquer que le blessé de M. Vaucresson était un « irrité » du cerveau et non un « comprimé ». Comme il n'existait aucun signe de localisation de lésion cérébrale, il lui semble que l'intervention immédiate ne s'imposait pas. Sans vouloir conclure que la trépanation, dans ce cas, était inutile, il ne saurait affirmer que c'est à elle qu'est due la guérison.

M. ***Dejouany*** croit qu'il eût été utile de faire une ponction lombaire. Cette petite intervention, si simple et de pratique courante, suffit souvent, à elle seule, pour provoquer une amélioration par décompression du liquide céphalo-rachidien. Elle peut être répétée plusieurs fois sans inconvénient. Il a observé divers blessés chez lesquels la simple ponction a amené la guérison définitive et rapide.

Enfoncement de l'os frontal avec perte de substance considérable du cerveau. Opération. Guérison. — M. ***Pervès*** rapporte une intéressante observation qui vient confirmer, une fois de plus, la bénignité relative des plaies intéressant les lobes frontaux du cerveau. Chez un blessé qui présentait une vaste plaie de la région frontale, compliquée d'une fracture comminutive du frontal, il enleva 15 esquilles osseuses, dont quelques-unes pénétraient plus ou moins profondément dans le cerveau. Ayant nettoyé la bouillie cérébrale qui se trouvait dans le foyer de la plaie, il se trouva en présence d'une vaste perte de substance cérébrale de la largeur d'une paume de main et d'une profondeur de plusieurs centimètres. La plaie cérébrale guérit par bourgeonnement ; il y eut pendant quelque temps un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien, qui se tarit ; puis la guérison définitive survint, sans qu'à aucun moment il ait observé le moindre signe de méningite ni le moindre trouble cérébral.

H. Billet.

REVUE GÉNÉRALE

La Syphilis de l'Urèthre ;

(*Suite et fin*) (1).

Par M. J. TANTON,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Diagnostic.— *I. Syphilome primaire.*

Le diagnostic du chancre syphilitique de l'urèthre est assez facile lorsqu'il s'agit de chancre du méat, beaucoup plus difficile, habituellement méconnu, lorsqu'il s'agit de chancre endo-uréthral.

A) *Chancre du méat.*— Le chancre syphilitique peut être confondu avec le chancre simple du méat, en raison du plus ou moins d'induration qu'amène presque toujours, dans ce dernier, l'irritation causée par l'urine.

En dehors du délai, souvent difficile à préciser, qui sépare l'apparition de l'ulcération du rapport contaminant, on se rappellera que le chancre simple creuse volontiers en profondeur. Ses bords sont presque toujours nettement entaillés, découpés, faisant arête et décollés.

Le fond a un aspect irrégulier et comme vermoulu, recouvert par une fausse membrane grisâtre, pultacée, d'apect couenneux. Si la base du chancre présente de l'induration, c'est un simple empâtement résistant et non la dureté chondroïde du syphilome. Toutefois, l'application intempestive de caustiques à la surface du chancre peut créer une induration de la base qui en impose pour une induration spécifique ; on devra donc toujours s'informer du traitement suivi par le malade. Enfin, le chancre mou est douloureux lors de la miction et de l'érection et fournit une sécrétion purulente abondante. Lorsque le chancre simple s'accompagne d'adénite inguinale, celle-ci est nettement inflammatoire, peut arriver à suppuration, caractères qui la séparent de l'adénite aphlegmasique du chancre syphilitique. Ajoutons que la recherche du bacille de Ducrey et du tréponème lèvera tous les doutes et permettra d'éviter l'erreur que pourrait produire un chancre mixte.

Des érosions superficielles dues, soit à la blennorrhagie, soit à l'herpès, peuvent facilement prêter à confusion avec le chancre syphilitique et particulièrement le chancre nain.

Les ulcérations herpétiques ont un contour micro-polycyclique, sont multiples et laissent sourdre à la pression une sérosité claire (l'herpès pleure, le chancre syphilitique suinte, le chancre simple suppure).

Toutefois, il sera prudent de réserver son diagnostic pendant quelques jours en raison de la coïncidence possible de l'herpès et du chancre syphilitique ou, plus exactement, de l'infection syphilitique d'une érosion herpétique. Quant à l'érosion blennorragique, « c'est-à-dire cet état de desquamation inflammatoire du méat que réalisent certaines blennorragies suraiguës », le diagnostic différentiel résidera, dit Fournier, dans les considérations suivantes :

1° Le chancre est *plus étendu et moins défini* comme lésion que l'érosion blennorragique.

2° L'*induration* est plus accentuée avec le chancre et d'une rénitence plus sèche, moins inflammatoire qu'avec l'érosion blennorragique.

3° Avec le chancre syphilitique, la *sécrétion* est bien moindre et très différente de l'écoulement comme aspect et comme couleur.

4° Enfin, avec le chancre, existe un *bubon satellite.*

Leloir, de Lille, a montré qu'en pressant un chancre syphilitique entre les doigts, c'est à peine si l'on augmente l'humidité de sa surface. Il est probable que ce manque de sécrétion provient de l'oblitération et de la sclérose des vaisseaux lymphatiques et sanguins ; quoi qu'il en soit, le *signe de l'expression* est un caractère important de diagnostic en présence d'une autre ulcération.

Le chancre syphilitique du méat peut être confondu avec un épithélioma du gland, et ce diagnostic, quelquefois difficile, doit être fait avec grand soin, car une erreur de diagnostic a, dans un cas au moins, provoqué une amputation de la verge. Si l'épithélioma s'accompagne d'infiltration et d'adénopathie comme le chancre, il n'est pas une exulcération, une érosion, mais une ulcération à fond irrégulier, papillomateux, saignant avec une grande facilité et douloureuse (Gaucher).

Chez la femme, l'erreur est peut-être encore plus facile, d'autant que le pourtour du méat est, chez cette dernière, un des lieux d'élection de l'épithélioma uréthral. L'hésitation peut être grande en présence d'une lésion ulcéreuse du méat survenue chez une femme âgée, entre un chancre syphilitique et un épithélioma au début. En dehors des caractères que nous avons donnés précédemment, on se rappellera que l'induration cancéreuse est plus étendue, mais moins dure et moins résistante que l'induration syphilitique, que l'adénopathie est très tardive dans le néoplasme et qu'enfin, après quelques semaines, le chancre syphilitique tend vers la cicatrisation.

Le chancre du méat doit être différencié de ce que Fournier a appelé le *syphilome chancriforme tertiaire*, c'est-à-dire de cette gomme petite, isolée, circonscrite, qui s'exulcère simplement en surface, le processus d'ulcération, étant, pour un temps, sans tendance à l'ulcération, et que l'on observe fréquemment chez la femme.

Fournier a donné les caractères cliniques qui permettront de faire ce diagnostic.

Tout d'abord, dans le syphilome tertiaire chancriforme, l'*absence d'adénopathie satellite*, la *spontanéité de la lésion*, qu'on ne peut rattacher à une possibilité de contagion plus ou moins récente, la *modalité évolutionnelle de la lésion* qui est d'abord un néoplasme sec qui s'érode plus tard, alors que le chancre est d'emblée une érosion qui s'indure ultérieurement, la *concomitance d'autres accidents tertiaires* (syphilides tuberculeuses, gommes linguales, gommes pharyngées, etc.) qui présente une grande importance, car elle exclut la possibilité du chancre, et enfin l'*évolution ultérieure* : explosion secondaire à brève échéance avec le chancre, ulcération profonde; nécrose et évacuation de la gomme dans le second cas.

B. *Chancre intra-uréthral* — Bien que larvé, le chancre uréthral n'en est pas moins d'un diagnostic facile, dit Fournier. Il se dénonce par la triade symptomatique suivante :

1° Légère *douleur* au moment de la miction ;

2° Faible *suintement* séro-sanieux roussâtre qui devient tout aussitôt sanguinolent alors qu'on exerce une pression sur l'urèthre.

3° Et surtout, une *induration* des plus significatives au palper du canal.

L'écoulement uréthral qui accompagne le chancre a fait croire souvent à l'existence d'une blennorragie récente ou ancienne « réchauffée » et c'est là l'erreur de diagnostic habituelle. L'apparition trop tardive de cet écoulement par rapport au coït, une incubation trop prolongée, la faible quantité de la sécrétion qui n'est pas franchement purulente et jaune verdâtre comme dans la blennorragie,

(1) Voir le dernier numéro.

mais visqueuse, facilement mélangée de sang, empesant le linge, éveilleront le doute et feront penser au chancre endo-uréthral. La constatation d'une induration limitée du canal, l'examen microscopique de la sécrétion révélant l'absence des gonocoques, confirmeront le diagnostic.

Chancre intra-uréthral syphilitique et blennorragie peuvent d'ailleurs coexister, témoin l'intéressante observation de Ziegel (*N. Y. med. jour.*, 1910), où, en arrière d'un méat hypospade balanique tuméfié et rouge, on percevait une induration cylindrique de l'urèthre qui faisait croire à un rétrécissement, en même temps qu'existait un écoulement abondant renfermant de nombreux gonocoques et que la miction était douloureuse et difficile. L'adénopathie inguinale, puis une roséole typique, permirent de rapporter l'induration à un chancre endo-uréthral celle-ci disparut d'ailleurs sous l'influence du traitement spécifique.

Les lésions tuberculeuses de l'urèthre pénien sont assez rares et s'accompagnent d'autres localisations génito-urinaires du bacille de Koch.

La gomme de l'urèthre, ulcérée et suppurante, peut être confondue avec le chancre syphilitique endo-uréthral. Les gommes sont souvent multiples, soit dans l'urèthre, soit dans les corps caverneux, soit ailleurs et on retrouve la syphilis dans les antécédents du malade.

II. *Lésions syphilitiques secondaires.* — Le diagnostic de l'uréthrite secondaire est à faire avec les uréthrites subaiguës ou chroniques d'origine diverse, surtout blennorragique. La durée insolite de l'incubation, l'absence de phénomènes inflammatoires, de douleur, la faible sécrétion, éveilleront l'attention du clinicien.

Les accidents secondaires cutanés et muqueux concomitants mettront sur la voie ; l'examen microscopique montrant l'absence de gonocoques et la présence du tréponème établira le diagnostic.

III. *Lésions tertiaires.* — L'ulcération des gommes uréthrales, en raison de l'écoulement purulent qui l'accompagne, fait souvent croire à l'existence d'une blennorragie ; c'est l'erreur la plus habituellement commise, l'induration du canal qui accompagne la sécrétion purulente est alors prise pour la corde de l'uréthrite blennorragique. Mais le traitement approprié reste sans résultat et c'est alors seulement que le soupçon d'une syphilide uréthrale apparaît (Casper). On remarquera que la sécrétion uréthrale n'est pas du pus franc, qu'elle ne contient pas de gonocoques, qu'elle est peu abondante, que la palpation de l'urèthre est indolore et on retrouvera dans les antécédents du malade une syphilis ancienne.

On peut observer parfois, surtout au niveau de l'urèthre périnéo-scrotal, l'existence d'une masse indurée péri-uréthrale, souvent très considérable, englobant le canal, plus ou moins molle en son centre, dure à la périphérie et faisant croire à un abcès ou à un phlegmon urineux avec péri-uréthrite, alors que ce n'est qu'une gomme ramollie. L'existence d'autres lésions gommeuses soit de l'urètre, soit de la verge, soit en tout autre point de l'organisme, la connaissance de la syphilis ancienne, la rapidité et l'indolence du développement de la tumeur froide, coexistant avec l'absence de troubles de la miction, feront penser à la gomme.

Une gomme de l'urèthre ulcérée et suppurante peut être confondue avec un chancre simple endo-uréthral. Mais la gomme a une marche lente, l'ulcération est tardive et indolore ; l'apparition du chancre simple est très voisine du rapport sexuel, son évolution est destructive et rapide, la douleur à la miction est intense et s'accompagne d'un écoulement abondant et fétide.

Mais c'est surtout avec le néoplasme que le syphilome tertiaire de l'urèthre peut être confondu. Comme l'épithélioma, le syphilome de l'urèthre présente une induration très marquée, chondroïde, de l'urèthre et du gland ; l'écoulement, le rétrécissement et la gêne de la miction sont aussi les symptômes habituels du néoplasme.

On se rappellera que le cancer de l'urèthre débute le plus souvent chez les sujets assez âgés, que son siège électif est l'urèthre périnéal ou scrotal, alors que la syphilis tertiaire atteint de préférence l'extrémité terminale de l'urèthre et de la verge, que l'écoulement dans le néoplasme est purulent et sanguin, que les hématuries sont fréquentes, les douleurs à la miction très violentes, que le cathérisme provoque une hémorragie et que la boule exploratrice, après avoir franchi les strictures, s'arrête dans une cavité uréthrale où elle se trouve en quelque sorte libre.

Enfin, l'induration néoplasique adhère aux parties profondes, elle ulcère la peau et crée des fistules entourées de bourgeons néoplasiques. Le syphilome a un développement plus rapide que le cancer ; dans les antécédents du malade on retrouve la syphilis et, souvent, d'autres accidents syphilitiques coexistent avec la tumeur gommeuse ulcérée ou non, avec le syphilome cylindroïde (syphilides tuberculo-ulcéreuses du gland (Glantenay) gomme des corps caverneux, glossite tertiaire lobulée scléreuse avec fissures (Février), iritis, perforation du voile ou de la voûte palatine, cicatrices gommeuses cutanées guéries ou en évolution, etc.). Enfin il n'existe pas d'adénopathie dans la gomme.

A la période d'ulcération gommeuse, ou dans la forme ulcérée d'emblée, le diagnostic différentiel avec le néoplasme peut être assez délicat. Dans l'ulcération syphilitique, il n'y a pas d'adhérence aux parties sous-jacentes, le fond est inégal, il existe une escharre adhérente et jaunâtre témoignant d'une nécrose centrale intense, la base est indurée mais indolente, la sécrétion à peu près nulle. Dans l'épithélioma, le bord de l'ulcération est saillant, épais, dur ; il saigne beaucoup et sécrète en abondance un liquide sanieux très fétide. Cependant, il est quelques exemples d'erreurs commises où l'on proposa aux malades une amputation de la verge, comme dans les cas que rapportent Verneuil, Michaelis et Fournier. On se rappellera l'importance d'un examen microscopique sur un fragment prélevé par biopsie.

Pronostic. — Le pronostic de l'affection est très variable suivant la nature de la lésion. Les gommes se résorbent sous l'influence du traitement, les ulcérations se cicatrisent, mais les fistules résistent au traitement spécifique et persistent après guérison des ulcérations gommeuses qui leur ont donné naissance. Le traitement n'a au contraire aucune action sur les lésions scléreuses et en particulier sur le syphilome cylindroïde de l'urèthre et le rétrécissement du calibre.

Complications. — Elles sont très variées et peuvent s'observer au niveau des divers accidents que nous venons d'étudier.

1° *Ulcération.* — Le chancre du méat, chez l'homme ou chez la femme et surtout chez cette dernière, revêt fréquemment la forme ulcéreuse, ce qui serait dû à l'action irritante qu'exerce sur lui le passage de l'urine, de sorte qu'au lieu de se présenter avec l'aspect habituel du chancre syphilitique érosif, on a affaire à des lésions plus profondes et un peu déchiquetées, dont le fond est quelque-

fois gris en raison de la présence d'un exsudat pseudo-membraneux, assez adhérent, qui tapisse le fond de l'ulcération, si bien qu'on le désigne souvent sous le nom *de chancre gris*. Ce sont là des caractères particuliers qu'il faut connaître, car ils peuvent prêter à confusion avec le chancre simple.

2° *Phagédénisme. a) chancre phagénique.* — Le phagédénisme complique rarement les accidents primaires de la syphilis uréthrale ; c'est alors l'irritation de la surface du chancre par l'urine qui favorise son développement.

Ce phagédénisme, dans ses deux formes, phagédénisme gangréneux et phagédénisme inflammatoire ou phagédénisme rouge, peut causer des pertes de substance étendues. Il détruit souvent l'extrémité du gland qu'il décapite en quelque sorte et élargit aussi considérablement le méat qui, après cicatrisation, s'atrésie souvent de façon très notable.

Dans d'autres cas, il intéresse non seulement le méat mais encore l'urèthre, qu'il détruit sur une étendue plus ou moins longue, surtout à sa face inférieure. Dans un cas d'Albarran, toute la portion balanique du canal fut ainsi détruite et les lésions ne s'arrêtèrent que par un traitement mixte ; « la guérison survint laissant le malade transformé en un hypospade dont l'urèthre s'ouvrait à la base de ce qui restait du gland, par un orifice si étroit qu'on ne pouvait y introduire qu'une petite bougie à boule n° 6 ». Dans un cas rapporté par Billet, un chancre uréthral phagédénique avait intéressé un corps caverneux et causait des uréthrorragies abondantes. Franck a rapporté (*Journ. russe des mal. cut. et vén.*, 1906) une observation de chancre syphilitique phagédénique qui aboutit à une perte de susbtance assez étendue de la paroi uréthrale et du corps caverneux droit (3 cent.) Les lésions phagédéniques s'accompagnèrent d'infiltration d'urine et l'auteur fut conduit, pour obtenir la guérison des lésions, à pratiquer, outre le traitement local indiqué contre l'infiltration, la dérivation hypogastrique temporaire des urines.

b) *Phagédénisme tertiaire.* — C'est là, au contraire, une complication assez fréquente des accidents tertiaires en général et, pour les syphilides tertiaires de la verge, Fournier en relève une proportion de 6,6 %.

Il est bien établi actuellement que les phagédénismes génitaux dérivent, pour la plus grande majorité des cas, de lésions syphilitiques tertiaires bien plus souvent que du chancre simple.

Il est fréquent dans les lésions tertiaires de l'urèthre (nous ne nous occupons ici que du phagédénisme térébrant et non du phagédénisme en surface), et particulièrement dans celle du méat ; il peut alors détruire une portion plus ou moins étendue du gland et de l'urèthre, soit sur toute sa circonférence, soit sur sa paroi inférieure seulement, siège électif des gommes, réalisant ainsi un hypospadias acquis plus ou moins grave. Le diagnostic du phagédénisme s'impose, en tant que lésion, de façon évidente ; le diagnostic de la nature de ce phagédénisme (chancrelleux ou syphilitique tertiaire) est important à faire au point de vue thérapeutique. On se servira, pour y arriver, des différents caractères que Fournier a réunis sous le noms de : *signes d'objectivité, antécédents, coïncidences morbides, enquête bactériologique, critérium expérimental* et *critérium thérapeutique* et que nous ne pouvons développer ici.

Ajoutons qu'une des complications graves du phagédénisme soit primaire, soit tertiaire, consiste dans l'atrésie des orifices, du nouveau méat par exemple, comme dans la remarquable observation d'Albarran que nous rappelions plus haut.

Fistules. — Les fistules sont fréquentes et dues à l'ulcération des gommes syphilitiques, autochtones ou non. Bien qu'occupant habituellement la portion antérieure de l'urèthre pénien, les fistules peuvent avoir plusieurs sièges. Humbert les a classées en : fistules de la rainure balano-préputiale, de la fosse naviculaire, du corps du pénis, destruction de toute la portion pénienne de l'urèthre. La deuxième variété est la plus commune : la paroi antérieure de la fosse naviculaire est perforée, elle a disparu dans une partie ou dans la totalité de son étendue. Souvent elles s'accompagnent de mutilations plus ou moins étendues de la verge, ce qui rend l'intervention chirurgicale encore plus difficile.

La plupart de ces fistules sont dues à la fonte de la gomme et à la destruction du canal. Mais, dit Albarran, il est probable aussi que quelques-unes d'entre elles sont de véritables abcès urineux, d'origine infectieuse ; les micro-organismes trouvent en effet, dans les lésions du canal, une porte d'entrée grande ouverte pour envahir les tissus péri-uréthraux.

Rétrécissement. — La syphilis uréthrale, à ses diverses périodes, peut créer un rétrécissement du canal. Le rétrécissement consécutif au chancre syphilitique de l'urèthre présente deux variétés :

1° Une diminution de calibre due à la néoplasie syphilomateuse ;

2° Une sténose cicatricielle due à la réparation des lésions du canal et, par conséquent, n'ayant de syphilitique que l'origine.

Le premier groupe, rétrécissements du canal contemporains de l'induration spécifique, est peu important ; il s'agit alors surtout de chancres du méat ; la sténose disparaît avec la résorption de l'induration qui infiltrait les deux lèvres du méat et le gland. « Superficiel et résolutif dit Fournier, le chancre uréthral ne comporte pas d'accidents posthumes. »

Le deuxième groupe comprend les rétrécissements consécutifs aux chancres ulcérés ou phagédéniques, surtout du méat et de la fosse naviculaire. Voillemier les avait déjà étudiés, Audry déclare « que tous ces chancres ont l'inconvénient de passer souvent inaperçus, mais, d'autre part, ils laissent toujours après eux des rétrécissements très désagréables à traiter, très difficiles à guérir, comme tous les rétrécissements cicatriciels de l'urèthre. »

Casoli a minutieusement étudié le rétrécissement consécutif au chancre syphilitique et pour lui, il peut se produire même sans ulcération du chancre.

Tantôt la sténose occupe le méat, en totalité ou en partie ; dans le premier cas le méat conserve sa forme régulière, dans le second cas, il se déforme et peut devenir transversal. Parfois, il peut être complètement oblitéré, il se produit alors une fistule en un point quelconque de la face inférieure du gland.

Tantôt la sténose siège plus loin dans l'urèthre, au niveau de la fosse naviculaire.

Le rétrécissement consécutif à la cicatrisation d'un chancre endo-uréthral peut siéger parfois assez profondément dans l'urèthre et, dans une observation d'Albarran de chancre syphilitique phagédénique du méat, la guérison se fit avec un hypospadias à la base du gland et un méat très étroit n'admettant qu'une bougie n° 6. Le rétrécissement se prolongeait dans l'urèthre jusqu'à 3 centimètres de profondeur, la coarctation était consécutive à la cicatrisation du chancre du canal et avait marché très vite ; en 3 semaines elle s'était établie allant presque jusqu'à la rétention d'urine.

Albarran insiste sur ce fait que ces rétrécissements

obéissent à la loi générale des rétrécissements cicatriciels : ils se développent comme ceux-ci avec une grande rapidité et offrent en outre une grande résistance à la dilatation. Chez son malade, cet auteur ne put pousser la dilatation au-delà du n° 15 et dut faire des uréthrotomies internes multiples pour augmenter le calibre.

A la *période tertiaire,* il est toute une catégorie de faux rétrécissements qu'il nous faut signaler, pour les distraire du rétrécissement vrai. Ce sont ceux que réalise une gomme soit uréthrale, soit surtout péri-uréthrale, voire même caverneuse (Voinitch-Sianogensky.) par compression du canal en un point. Tant que la gomme en est à sa période de crudité, le rétrécissement existe ; lorsque la gomme s'est ulcérée et a évacué son contenu, soit à l'extérieur, soit dans l'urèthre lui-même, le rétrécissement disparaît.

Mais le rétrécissement vrai, cicatriciel, permanent, s'observe, soit à la suite de la cicatrisation des gommes uréthrales ulcérées ou des ulcérations phagédéniques ; c'est alors une sténose cicatricielle n'ayant de syphilitique que l'origine et due à la réparation des lésions du canal ; soit à la suite de l'évolution scléreuse des infiltrations embryonnaires, c'est le cas du syphilome cylindroïde, infiltration scléro-gommeuse de l'urèthre à prédominance scléreuse, qui amènera après lui un rétrécissement du canal, plus ou moins étendu et plus ou moins grave. C'est Veale en 1864, qui a surtout attiré l'attention sur les rétrécissements dus à la syphilis tertiaire et montré qu'ils n'étaient pas toujours justiciables des traitements mécaniques ordinaires. Num, en 1866, émet la même opinion.

Le siège de la stricture variera avec le siège du syphilome qui lui a donné naissance, mais, étant donné ce que nous savons sur les localisations électives de la syphilis tertiaire uréthrale, nous pouvons déduire dès à présent que, contrairement au rétrécissement d'origine blennorragique, il occupera surtout l'urèthre pénien ; beaucoup siègeront au méat et dans l'urèthre balanique, siège de prédilection des infiltrations gommeuses diffuses et des ulcérations primitives.

Thompson rapporte 2 cas de stricture uréthrale syphilitique. Dans l'un il y avait 2 rétrécissements, un au méat, extrêmement serré, infranchissable ; un autre dans la portion périnéale ; dans le 2e cas, le rétrécissement siégeait au niveau du bulbe. Walter, Jonhson, Brownson, Harrisson, ont cité des cas analogues.

Dans un cas de Fuller existaient 2 rétrécissements péniens, probablement d'origine blennorragique et un rétrécissement périnéal très long et très dur que l'on dut fendre par uréthrotomie externe. Après l'intervention, la plaie ne manifestait aucune tendance à guérir, les bords restaient rouges et indurés, l'administration d'iodure de potassium amena une guérison rapide.

Dans un cas d'Albarran, observé chez un homme qui avait eu, 3 ans auparavant, un chancre phagédénique du méat ayant réduit la verge à un moignon avec disparition de tout l'urèthre pénien, le méat était représenté par un orifice infundibuliforme siégeant au centre d'une large ulcération placée au niveau de la partie antérieure du scrotum. Tout le canal uréthral, dans ses portions scrotale et périnéale, était énorme, bosselé et induré, la boule 8 s'arrêtait à 1 centimètre du nouveau méat, on ne put entrer dans la vessie qu'avec une filiforme spiralée. Après un traitement mixte poursuivi pendant 6 semaines on put faire passer dans le canal, sans dilatation, une bougie 12. Après 2 mois de dilatation l'urèthre n'admettait qu'une bougie 19, et au palper on sentait une induration péri-uréthrale qui ne diminua plus par le traitement. En même temps, par la boule, on constatait, depuis le méat jusqu'au bulbe, l'existence d'un long rétrécissement à ressauts successifs.

La syphilis est-elle seule en cause dans l'étiologie de ces rétrécissements, par suite de la cicatrisation des portions détruites de l'urèthre et la transformation scléreuse des infiltrations embryonnaires. Albarran pense que, dans certains cas, l'infection de l'urèthre surajoutée au syphilome peut donner lieu, en se prolongeant pendant plusieurs mois, à une infiltration scléreuse du tissu spongieux et contribuer à la formation du rétrécissement.

L'infiltration diffuse et étendue du syphilome cylindroïde amène rapidement la formation d'un rétrécissement étendu de l'urèthre, se traduisant par une dysurie qui arrive bientôt jusqu'à la rétention complète. Dans leurs diverses observations, les auteurs notent que le canal n'admettait qu'une bougie de calibre très minime (6 : de Santi, Février, Renault ; 8 : Glantenay, Joly). Ce rétrécissement s'améliore par le traitement, mais incomplètement, et en dépouillant attentivement les diverses observations des auteurs, nous ne saurions partager l'optimisme de Fournier qui déclare avoir toujours vu, sous l'influence d'un traitement mixte énergique, les lésions disparaître rapidement. Il semble, au contraire, que le traitement n'améliore que jusqu'à un certain point la lésion ; lorsque la résorption du tissu gommeux s'est effectuée, le traitement spécifique reste inactif sur le tissu scléreux et le rétrécissement persiste. Si l'on veut augmenter le calibre de l'urèthre, il faut alors employer les méthodes de traitement dirigées contre les rétrécissements cicatriciels, c'est-à-dire l'urétrotomie interne ou les urétrotomies complémentaires, car la dilatation seule reste insuffisante, ou encore la dilatation électrolytique.

L'urèthre féminin peut présenter des rétrécissements syphilitiques, et Fissiaux cite, dans sa thèse, le cas d'une prostituée qui présentait simultanément une ulcération syphilitique de la jambe, une périostite du tibia avec des douleurs ostéocopes et de la dysurie — mictions difficiles et douloureuses. — L'examen de l'urèthre fit découvrir à 1/2 centimètre du méat un rétrécissement permanent et infranchissable.

En résumé, avec Albarran, nous dirons : « qu'aux diverses périodes de la syphilis primaire ou tertiaire, on peut observer deux catégories de sténoses uréthrales.

Les unes, transitoires, contemporaines de l'induration syphilitique (primaire ou tertiaire), qui naissent avec elle et guérissent lorsque la lésion initiale a disparu : c'est le fait de l'infiltration péri-chancreuse et de l'infiltration gommeuse.

Les autres, rétrécissements consécutifs, qui persistent après guérison de la lésion syphilitique et qui n'ont de syphilitique que leur origine. Il s'agit alors, soit d'un rétrécissement cicatriciel dû à la réparation des lésions destructives du canal, soit encore d'un simple rétrécissement inflammatoire, la sclérose du tissu spongieux succédant à l'inflammation banale qui accompagne les manifestations uréthrales de la vérole. »

Le diagnostic de la nature du rétrécissement se fera par la connaissance des antécédents du malade, par la nature particulière de l'écoulement qui accompagne habituellement les lésions syphilitiques uréthrales, écoulement séro-purulent, plus aqueux que celui de la blennorragie, et un peu teinté de sang. Le palper du canal surtout, en permettant de reconnaître l'induration uréthrale et péri-uréthrale, a une très grande importance pour le diagnostic. L'urèthre rigide, en tuyau de pipe ou bosselé, surtout dans sa portion pénienne, quelquefois dans sa portion périnéale, est un urèthre syphilitique scléro-gommeux. Un point mé-

rite cependant que nous insistions à nouveau : c'est la grande rapidité d'évolution du rétrécissement syphilitique scléreux ou cicatriciel qui le fait rentrer dans la classe ordinaire des rétrécissements cicatriciels et le différencie de l'évolution lente des rétrécissements blennorragiques et néoplasiques.

Le traitement des rétrécissements syphilitiques de l'urèthre devra donc être guidé par la connaissance de sa nature.

Ceux de la première catégorie, fonction de néoplasie inflammatoire et d'infiltration embryonnaire gommeuse, disparaîtront rapidement par le traitement mixte.

Ceux de la deuxième catégorie seront améliorés au début par le traitement spécifique, mais lorsque l'action du traitement est épuisée, ils réclament alors l'emploi des moyens mécaniques habituels, dilatation et urétrotomie interne.

Il est à noter, en effet, que si l'on veut traiter d'emblée, par la dilatation ou l'urétrotomie interne des rétrécissements syphilitiques, la dilatation avance peu et dès qu'on la cesse, en quelques jours, le calibre de l'urèthre se resserre et le rétrécissement se reforme. Au contraire, le traitement spécifique, amenant la résorption du tissu inflammatoire, les améliore notablement et ne laisse persister que la gaine fibreuse cicatricielle contre laquelle sera dirigé le traitement mécanique.

Nous n'avons vu nulle part signaler l'emploi de l'électrolyse circulaire contre le rétrécissement syphilitique cicatriciel, nous croyons que ce serait là, en raison de l'insuccès fréquent de la dilatation, une des bonnes indications de la méthode d'électrolyse sur Béniqué (dilatation électrolytique lente de Desnos).

Traitement. — Le traitement de la syphilis uréthrale, à ses diverses périodes, relève de la thérapeutique spécifique habituelle. Quelques indications spéciales tiennent cependant à la localisation particulière des accidents et ce sont sur elles seules que nous allons insister.

Le chancre du méat demande à être traité de très près, car il est enclin à s'irriter, à s'ulcérer, à devenir phagédénique. Or, il est difficile à panser, étant donnée sa situation et il faut renouveler le pansement après chaque miction.

Nous savons en outre que la cicatrisation du chancre du méat peut amener une atrésie parfois filiforme de ce méat, il faut donc éviter autant que possible l'ulcération du chancre et hâter sa cicatrisation.

La désinfection locale, que l'on fera avec des solutions antiseptiques, oxycyanure de Hg à 1/2000 puis application de poudre d'aristol, de salol ou d'iodoforme après chaque miction, les bains locaux émollients répétés plusieurs fois par jour, rendront de grands services. Il faut éviter l'emploi du nitrate d'argent, du chlorure de zinc, de la teinture d'iode et même de la pommade au calomel, aussi longtemps que le diagnostic de syphilis n'est pas absolument certain, car ces agents provoquent l'apparition d'une induration d'origine médicamenteuse capable d'induire en erreur. Casoli a recommandé l'emploi de l'iodol et du calomel à parties égales. Cette préparation aurait, d'après l'auteur, une action surprenante sur l'induration de la base du chancre et préviendrait le rétrécissement cicatriciel qui suit la guérison. Sellei, de Budapesth, puis Renault, en 1905, ont proposé des pansements spéciaux pour les chancres du méat et les chancres intra-uréthaux. Ce dernier préconise l'emploi de petites bougies de consistance molle, de 4 centimètres de long environ, de calibre variable, dont l'extrémité externe est terminée par un disque arrondi et l'extrémité interne pointue ou arrondie. Le malade ayant uriné, la bougie imprégnée d'une pommade au calomel à 1/20 est introduite dans le canal « jusqu'à la garde », le sommet du gland est coiffé d'un pansement destiné à maintenir la bougie en place. Cette bougie, enlevée au moment de chaque miction, est à nouveau imprégnée de pommade et remise en place. Peu à peu, sous l'influence de ce pansement, l'induration s'assouplit et le méat reprend sa disposition normale ; on arrive ainsi à le dilater progressivement en obtenant du même coup la cicatrisation du chancre.

D'autres ont essayé d'introduire dans l'urèthre des mèches imprégnées de pommade ou recouvertes d'une poudre médicamenteuse. En réalité, l'expérience apprend, dit Fournier, que rien de tout cela ne réussit, bien au contraire, tous les corps étrangers sont mal tolérés par le canal, irritent et, somme toute, vont à l'encontre du but que l'on poursuit. Mieux vaut renoncer à toute intervention topique et se borner aux bains généraux, aux bains locaux, et aux boissons émollientes (1 à 2 litres par jour) en vue de rendre l'urine le plus aqueuse et le moins irritante possible.

Le chancre endo-uréthral guérit spontanément sous l'influence du traitement spécifique. Lorsque le chancre du méat devient phagédénique, des bains locaux prolongés (3 heures environ) et répétés, l'application locale de topiques non irritants, au premier rang desquels l'iodoforme se place comme valeur, rendront de grands services. En outre, le traitement spécifique et surtout le traitement mixte, c'est-à-dire, sels mercuriels et iodure de potassium à la dose de 4 à 6 gr. par jour, exercent sur l'évolution du chancre phagédénique une action favorable incontestable.

Le traitement mercuriel qui peut, dans les cas de chancres non compliqués, être réalisé avec une des préparations mercurielles courantes, particulièrement par la voie sous-cutanée sous forme d'injections de sels solubles : biiodure de Hg ou benzoate de Hg, doit céder le pas, dans le cas de chancre phadégénique, aux injections intra-musculaires de calomel, injections hebdomadaires à la dose moyenne de 5 cgr. par injection jusqu'à 8 ou 10 cgr. même, s'il le faut.

L'uréthrite syphilitique secondaire est justiciable, simplement, du traitement spécifique général et de soins antiseptiques : lavages de l'urèthre antérieur avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1/4000 par exemple.

Les gommes, les ulcérations gommeuses de la syphilis uréthrale tertiaire obéissent de façon remarquable au traitement mixte et, si l'on arrive à temps, on pourra empêcher maintes fois l'apparition de ces fistules uréthrales péniennes dont le traitement est si souvent désespérant. Veale, autrefois, déconseillait l'iodure de potassium sous prétexte que, s'éliminant par les urines, il retardait la guérison par son action irritante. L'expérience a fait justice de cette assertion et l'iodure de potassium fait merveille dans les lésions tertiaires de l'urèthre, comme ailleurs.

Dans le cas de phagédénisme tertiaire, le traitement antisyphilitique « doit être administré avec une énergie proportionnelle à l'intensité du danger qui menace ». C'est, ici encore, le traitement mixte bien entendu, sous forme d'injections de calomel pour l'administration du mercure et en portant la dose quotidienne d'iodure de potassium à 6 et 8 grammes. On y ajoutera un traitement externe des lésions consistant en l'application de quelques topiques ; iodoforme, emplâtre de Vigo, pommade au calomel, en balnéation prolongée et fréquente.

Dans certains cas très graves, on peut chercher, par un traitement caustique local ou par la cautérisation des-

tructive, à transformer la plaie phadégénique en une plaie simple. On y arrivera avec l'emploi de la pâte de Balzer au chlorure de zinc, que l'on applique pendant 24 heures sur la lésion ulcéreuse, ou par l'emploi du thermo-cautère. Il sera bon d'adjoindre au traitement une médication tonique générale : huile de foie de morue, arsenic, etc.

Enfin, nous serons bref sur le traitement des deux grandes variétés de complications consécutives aux lésions tertiaires ulcérées, les fistules et les rétrécissements.

Les fistules péniennes antérieures sont justiciables d'opérations variables, d'urétrorraphies ou d'urétroplasties, mais il ne faudrait pas se leurrer de l'espoir d'un succès certain et beaucoup de ces fistules opérées infructueusement de nombreuses fois ont lassé la patience du malade et celle du chirurgien.

Quant aux rétrécissements, nous avons vu à leur propos qu'ils sont justiciables (nous parlons bien entendu du rétrécissement cicatriciel) en outre du traitement spécifique, du traitement mécanique habituel, dilatation et urétrotomie interne, souvent multiple, voire même de l'électrolyse circulaire, de la méatotomie... etc.

Dans le cas où le rétrécissement occupe l'urèthre balanique et où la dilatation ou l'urétrotomie interne ne donnent pas de succès, Majocchi conseille et emploie la méthode qu'il désigne sous le nom *d'hypospadias artificiel* et qui consiste à faire, en amont du rétrécissement, une incision du gland, allant jusqu'à l'insertion du frein, à suturer la muqueuse urétrale à chacun des bords de la plaie, créant ainsi un nouveau méat artificiel. C'est une méthode identique à celle que Quénu a employée, chez la femme, dans le cas de rétrécissement uréthral infranchissable et indilatable.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Rétrécissement syphilitique de l'urèthre. *Sem. méd.*, 1894.

ADRIAN. — Strictures syphilitiques de l'urèthre de l'homme. *Monatschrift f. Harnk und sex. Hygien*, 1904, H. 3.

AUDRY. — Histologie du syphilome tertiaire de l'urèthre féminin. *Journ. mal. cut et syph.*, 1901.

BELLET. — Chancre syphilitique de l'urèthre. Thèse Paris, 1898.

DU CASTEL. — Chancre du canal et blennorrhagie. *Journ. des Praticiens*, 1894.

CABOT. — Chancre de l'urèthre. *Boston med. Journal*, 1899.

CLARKE. — Traitement des chancres de l'urèthre. *Boston med. Journal*, 1895.

CAZOLI. — Chancre syphilitique du méat ; conséquences du rétrécissement du méat chez l'homme. *Ann. org. gén.-urin.*, 1897.

DASSONVILLE. — Chancre de l'urèthre chez la femme. Thèse Paris, 1901.

ENGELHARDT. — Gommes multiples des corps caverneux. *D. med. Woch.*, 1904.

FULLER. — Rétrécissement de l'urèthre profond chez un syphilitique. *Boston med., Journal*, 1896.

FOURNIER. — Leçons sur la syphilis tertiaire, Paris, 1899.

FAITOUT. — La syphilis de l'urèthre. *Gaz. Hôp.*, 1899.

FOURNIER. — Traité de la syphilis. Paris, 1909.

FASOLI. — Chancre syphilitique endo-uréthral. *Ann. org. gen.-ur.*, 1900.

FÉVRIER. — Syphilome cylindroïde de l'urèthre. *Med. mod.*, 1904.

GROSS. — Chancre de l'urèthre et complications. *Am. J. derm. a. gen.-ur. dis.*, 1905, IX.

GAUCHER et ROSTAINE. — Gommes de l'urèthre et des corps caverneux. *Ann. dermat. et syph.*, 1904.

GAUCHER et DRUELLE. — Syphilome tertiaire de l'urèthre. *Bull. Soc. fr. dermat. et syph.*, 1909.

GLANTENAY. — Syphilome diffus de la verge. 2e Congrès Association française d'Urologie, 1897.

HUMBERT. — Les fistules uréthro-péniennes. *Sem. méd.*, 1890.

D'HAENENS. — Syphilides papuleuses suintantes dans l'urèthre mâle. *Folia urologica*, 1907.

JOLY. — Syphilome cylindroïde de l'urèthre. *Ann. org. gén.-ur.*, 1897.

LÖWENBACH. — Les maladies gommeuses de l'urèthre féminin. *Zeit. f. Heilk.*, 1903, p. 24.

LEGRAIN. — Gomme ulcérée du gland. Fistule urinaire. *Ann. org. gén.-uri.*, 1892.

MAURIAC. — Traité de la syphilis tertiaire.

NICOLO LA MENSA. — Gommes syphilitiques autochtones de l'urèthre. *Folia urologica*, octobre 1908.

NICOLO LA MENSA. — Gommes syphilitiques autochtones de l'urèthre. *Folia urologica*, avril 1908.

OZENNE. — Gommes de la verge. *Rev. chir.*, 1883.

A. RENAULT. — Syphilome tertiaire cylindroïde de l'urèthre. *Ann. dermat. et syph.*, 1903.

A. RENAULT. — Bougies molles pour le traitement des chancres syphilitiques du méat et de l'urèthre. *Bull. Soc. dermat. et syph.*, 1905.

ROUGIER. — La syphilis tertiaire de l'urèthre. Thèse Paris, 1908-09.

DE SANTI. — Rétrécissement syphilitique de l'urèthre. *Bull. Soc. chir.*, 1886.

SWINBURNE. — Quelques cas de sclérose du méat. *Journ. of cut. and. gen.-ur. dis.*, 1890.

F. SIMIONESCU. — La syphilis de l'urèthre. Genève, 1905.

THORNDIKE. — Un cas de rétrécissement de l'urèthre postérieur chez un syphilitique. *Boston med., Journ.*, 1896.

VOINITCH-SIANOGNSKI. — Gommes des corps caverneux. *Ann. org. g.-u.*, 1903.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude critique sur les divers modes de confection du pédicule rénal ;

Par M. le Dr F. CATHELIN,

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine.

La confection du pédicule rénal est un des temps principaux de la néphrectomie. C'en est même, pourrait-on dire, le temps essentiel puisque l'hémostase définitive est le grand souci du chirurgien, quelle que soit l'opération à laquelle on s'adresse.

On conçoit donc que tous les efforts du praticien tendent à chercher la meilleure technique, celle qui donne, avec le maximum de sécurité, le maximum de simplicité et de facilité (1).

Etudions donc d'un peu près les divers procédés qui ont été utilisés.

***

Les procédés permettant de ligaturer le pédicule rénal peuvent se ramener à six.

I. *Ligature en masse.*

La pédiculisation en masse, comprenant tout le hile rénal est la plus ancienne en date. C'est une application au rein de la chirurgie des pédicules en général, tel que le pédicule splénique, pédicule épiploïque, pédicule tubo-ovarien, etc. Elle consiste à saisir tous les éléments du hile avec une pince clamp courbe à mors élastiques, qui peut être renforcée par une ou plusieurs autres pinces semblables, à sectionner le rein en deçà et à ligaturer au-delà, d'après un des modes que nous signalerons plus loin.

On conçoit tout ce qu'a d'imparfait cette technique puisqu'elle englobe dans le même fil tous les éléments du hile, uretère compris.

(1) Je laisse de côté la *forci-pressure passagère ou temporaire* réalisée avec *ma pince à mors élastiques caoutchoutés* et qu'on n'emploie guère que dans les néphrolithotomies pour calcul du rein n'envahissant pas le bassinet. C'est une pince extrêmement douce permettant de faire des sections à blanc.

Or cet uretère peut être gros, infecté, dilaté et cela peut compliquer la marche ultérieure de la cicatrisation.

De plus, le pédicule ainsi envisagé est souvent énorme ; j'en ai vu de la grosseur du poignet. Ces écrasements en masse expliquent les déchirures signalées par quelques auteurs, faisant croire à une friabilité qui n'existe pas en réalité. En outre, on s'explique qu'une ligature, si bonne soit-elle, puisse ultérieurement glisser par mouvements lents du pédicule restant, tractée vers la colonne vertébrale par les gros vaisseaux, un instant attirés, et déterminant ainsi une hémorragie secondaire.

Enfin un gros reproche à faire à ce procédé, c'est qu'il comprime en même temps des filets nerveux du hile, et des branches multiples des plexus solaires, expliquant certaines douleurs subséquentes.

Tout compte fait, c'est donc une mauvaise méthode qui, bien qu'employée encore par des chirurgiens qui n'ont pas une grande habitude de la pratique rénale, doit être abandonnée (1).

II. — *Ligature vasculaire en masse* (*uretère excepté.*)

Ce procédé, dérivé du précédent, consiste dans la pédiculisation en masse des branches vasculaires, veines et artères, mais après dénudation préalable de l'uretère sectionné à part, plus ou moins loin.

Le clamp est toujours passé sous le rein et son action est plus sûre puisqu'il a moins de tissus à écraser.

Le procédé est meilleur, c'est incontestable, mais il n'est pas encore parfait puisque ces pédicules mal dissociés restent encore gros et que la ligature ne peut encore donner une absolue sécurité.

III. — *Ligature mixte.*

Ce procédé, bien étudié par notre ami Pasteau (*Soc. Anat.*, 1902, p. 89), réalise un progrès. Il consiste à ne sectionner le pédicule qu'après avoir placé des ligatures doubles au-dessous d'une ou de pinces clamps, *sans jamais enlever le rein avant d'avoir placé les ligatures.*

Ce procédé est défectueux car le rein en place gêne constamment les manœuvres de pédiculisation.

IV. — *Ligature dissociée.*

C'est, je crois, le mode idéal de pédiculisation, tel que je l'ai proposé il y a plusieurs années, et c'est la véritable pédiculisation anatomique, calquée en réalité sur les progrès modernes des modes de pédiculisation tubo-ovarienne.

Il consiste à bien attirer le rein, à le sortir si possible, de sa loge et à le maintenir enveloppé dans une compresse ; puis, de la main droite, on dissocie avec le doigt recouvert d'une autre compresse les divers éléments du hile, englobés dans une couche de graisse plus ou moins abondante, suivant les sujets.

Cela fait, il est alors facile de distinguer, ressemblant à une patte d'oie ou à une patte de grenouille, les différents vaisseaux, ressemblant à des ficelles retenant le rein.

On prend alors *chacun d'eux* avec une pince Kocher longuette (2). On coupe chaque vaisseau en deçà et le rein tombe sans que souvent le malade ait perdu une seule goute de sang (1). C'est une méthode à la fois sûre et élégante, rapide et facile.

Il ne reste plus qu'à lier chaque vaisseau.

Divers modes de ligature.

A mon avis, le catgut est la substance qu'il faut préférer à toute autre pour le pédicule rénal, à condition de se servir d'un n° 4 et sortant d'une bonne maison.

Voici ma pratique habituelle :

Une fois ma dissociation effectuée et le rein enlevé, je place un catgut n° 2 sur chaque vaisseau, en enlevant successivement chaque pince.

Cette première ligature isolée donne déjà la sécurité.

Cela fait, et gardant tous les chefs des fils qui m'ont servi, je place une seconde ligature au-dessous de toutes les prises, à un demi-centimètre environ, en faisant le nœud double marin de Lawson-Tait, qui est un des meilleurs modes de ligature que nous possédions.

Enfin, malgré cette sécurité, j'ai l'habitude de placer à un centimètre au-dessous un 3e nœud *total* avec le même catgut n° 4, avec ou sans nœud de chirurgien.

J'ai ainsi un pédicule de 2 à 3 centimètres, battant sous l'œil à chaque pulsation artérielle, pour lequel je ne puis avoir aucune crainte et me permettant de dormir tranquille.

Je n'ai jamais eu, sur plus d'une centaine de cas, à déplorer un accident quelconque en suivant cette technique.

V. —*Ligature sous-capsutaire.*

C'est un procédé bâtard tout particulier et recommandé surtout par Albarran pour les seules néphrectomies secondaires sous-capsulaires.

Elle consiste, une fois l'énucléation du rein effectuée, à déchirer la partie périphérique du pédicule avec une sonde cannelée ou une pince à griffes et à dénuder ainsi secondairement le pédicule mou de façon à convertir un pédicule primitivement sous-capsulaire, *lisse et glissant qui n'offre aucune sécurité*, en une pédiculisation sous-capsulaire, ordinaire.

C'est un procédé délicat, difficile à effectuer, dangereux même, et auquel il faut préférer aujourd'hui la méthode des pinces à demeure.

VI. — *Pinces à demeure.*

Il s'agit là d'une méthode très ancienne, créée en France par Amussat et Récamier à propos de leur hystérectomie vaginale et que Péan a régularisée tant pour le rein que pour les autres organes, à ce point, peut-on dire, qu'il l'a faite sienne et mérite bien de porter son nom.

1° *Cas justiciables de la forcipressure à demeure.* — Ce sont ceux où la ligature, *procédé de choix*, ne peut être utilisée, ce qui arrive dans les cas suivants :

1. — *Grosseur du pédicule* infiltré, non dissociable, comme on le rencontre dans certains reins tuberculeux à forme massive ou pyonéphrotique, dans les vieilles suppurations rénales et dans les vieilles pyélonéphrites calculeuses.

2. — *Brièveté du pédicule* qui fait que le rein, ne vou-

(1) Cette méthode, dont la gravité est moindre dans les maladies à uretère sain, comme dans le cancer ou l'hydronéphrose, peut devenir très grave dans les maladies à uretère gros ou adhérent, comme dans la tuberculose, les vieilles pyélites et les pyélonéphrites calculeuses.

(2) Etant donnée la profondeur où souvent on travaille, je recommande dans toutes les opérations de chirurgie urinaire des pinces Kocher ou Péan *longuette*. Les fabricants ont toujours la mauvaise habitude de faire de petites pinces hémostatiques qu'on a même de la peine à tenir dans les mains.

(1) J'ai opéré par ce procédé un cancer du rein (hypernéphrome) dans la séance opératoire que j'ai donnée en octobre 1910 aux membres des Congrès d'Urologie et de Chirurgie qui m'ont fait l'honneur d'y assister.

lant pas venir, doit être laborieusement ligaturé dans la profondeur, sans aucune sécurité.

3. — *Pédicule sous-capsulaire* des néphrectomies secondaires, comme nous l'avons signalé plus haut.

4. — *Longueur de la 12e côte et étroitesse de l'espace costo-iliaque*, créant le *pédicule haut*, difficile à saisir, encore plus à bien ligaturer.

2° *Avantages.* — Les avantages de la forcipressure à demeure sont ici patents.

1. — Il n'y a pas de manœuvres longues et dangereuses de dénudation à effectuer.

2. — Il y a un gain notable de temps pouvant aller jusqu'à 20 minutes dans les cas difficiles, ce qui n'est pas indifférent pour des malades affaiblis, souvent infectés, qui peuvent tout au plus faire les frais d'une chloroformisation pénible pour l'autre rein.

3. — Il y a une sécurité absolue, sans danger d'hémorragie secondaire (1).

3° *Conditions de la forcipressure à demeure.* — La sécurité dont nous parlons n'est garantie qu'en se conformant aux prescriptions suivantes

1. — Serrer les pinces-clamps (courbes ou droites) à mors élastiques, *à fond*.

2. — Placer les malades en décubitus latéral, le dos reposant sur un coussin.

3. — N'enlever les pinces qu'après 72 heures (2).

4. — Ne procéder à cette ablation que lentement, 5 minutes par 5 minutes. On commencera d'abord par déclancher la pince, puis, dans un deuxième temps, par l'ouvrir lentement, enfin dans un 3e temps par l'enlever lentement en sens contraire de la mise en place, et en lui imprimant de petits mouvements latéraux qui la décolleront plus aisément des tissus voisins.

IV. *Résultats.* — J'ai eu occasion de pratiquer la forcipression à demeure 9 fois dans ces dernières années, dans mon service de l'Hôpital d'Urologie.

Sur ces 9 cas, il s'agissait 6 fois du rein droit et 3 fois du rein gauche.

Il y eut 6 hommes contre 3 femmes.

J'eus affaire 5 fois à la tuberculose, 1 fois à une hydronéphrose tuberculeuse, 1 fois à un cancer et 2 fois à une fistule rénale, suite de néphrolithotomie ancienne (10 ans dans un cas, 6 ans dans l'autre).

Dans 5 cas, il s'agissait de néphrectomies primitives et dans 4 cas de néphrectomies secondaires, ce qui justifie le titre que j'ai donné à ma communication princeps de la Société des chirurgiens de Paris : « *De l'utilisation systématique des pinces à demeure dans certaines néphrectomies, primitives ou secondaires.* »

V *Objections.* Malgré l'objection de Pasteau, il n'y a donc aucun doute sur les cas qui en sont justiciables et j'avoue ne pas comprendre du tout son argumentation faite à la suite de ma communication.

Il ne s'agit pas, en effet, « d'une opération qui paraît plus brillante pour le chirurgien aux yeux d'un assistant peu au courant de la chirurgie rénale », mais d'une technique sûre et qui n'est brillante que pour le malade puisque les résultats, dans mes 9 cas (où 8 fois, il s'agissait de *cas très graves*) ont dépassé mes espérances, avec 9 guérisons.

Ce sont là des faits qui s'imposent et il faudrait être aveugle pour ne pas le reconnaître.

Parmi les autres objections soulevées par Pasteau, aucune ne persiste.

Je viens de montrer déjà que si Pasteau trouve l'opération trop brillante, cela ne peut que tenter un chirurgien épris d'idéal pour son art ; ensuite le procédé n'est pas « moins bon pour le malade » puisque tous mes malades ont guéri ; que faut-il demander de mieux ? Pasteau ne voudrait cependant pas que je les rajeunisse !

Il ne donne pas « moins de solidité pour la paroi » puisque même sans pince on serait toujours obligé de drainer dans ces cas et que ce n'est pas une pince de plus qui d'ailleurs dispense d'un drain, qui enlèvera à la cicatrice sa solidité, d'autant plus que la question de cicatrice est infiniment moins importante que dans les laparatomies dont la paroi antérieure supporte tout le poids de la statique abdominale.

La sélection choisie par moi-même ne peut qu'entraîner la conviction des autres chirurgiens puisque, et je terminais ma communication ainsi : « sans vouloir imposer des formules impératives dont je suis le premier l'adversaire, je crois que le titre de ma communication est amplement justifié par le texte et par les observations » (1).

Quant au « moins de sécurité immédiate au point de vue de l'hémorragie », je renvoie mon ami Pasteau aux travaux du Prof. Tansini dont l'expérience dans ces sortes de choses est grande et dont la statistique édifiera tout à fait notre confrère en lui montrant que son opinion, qui n'est d'ailleurs basée sur aucune observation personnelle, est fausse.

VI. *Extension de la méthode.* — A la suite de ma communication à la *Soc. des chirurgiens de Paris* et de mon article paru dans la *Rivista Urologica*, un médecin italien, du nom d'Este, publia dans les *Annales génito-urinaires* de juillet 1910, n° 14, un article sur « la forcipressure appliquée méthodiquement dans la néphrectomie ».

Je n'insisterai pas sur le titre de ce travail qui est impropre, étant donnée la pensée de l'auteur, car je crois que ce confrère ne connaît pas assez notre langue pour substituer le mot *systématique* au mot *méthodique*, mais passons.

Ce confrère me reproche de n'avoir pas cité dans mon travail le nom du Prof. Tansini (de Pavie), son maître, à qui il accorde la priorité du procédé.

Non seulement j'ignorais complètement le travail du Prof. Tansini, mais j'ignorais encore davantage l'existence de M. d'Este.

Il a mal lu, d'ailleurs, mes travaux, car je n'ai *jamais* revendiqué rien en tant que priorité de ce procédé (2). Je suis trop jaloux des choses qui m'appartiennent pour ne pas accorder aux autres ce qui leur revient, même quand il s'agit, comme ici, d'un procédé somme toute secondaire où d'ailleurs le Dr Tansini n'a fait qu'imiter un procédé imaginé en France par Récamier et Amussat et pratiqué il y a longtemps par Péan. Le Prof. Tansini ne vient donc que bon second et c'est pour lui un honneur suffisant, je pense, d'avoir répandu en Italie un procédé intéressant.

Par contre, je m'élève tout à fait contre les idées et la doctrine de M. Tansini pour ce qui est de ses résultats et de l'extension de la méthode.

(1) Je ne parle pas d'un cas où, il y a 7 ans, j'eus une hémorragie dont d'ailleurs je me rendis maître, car *c'était ma faute* et non celle de la méthode. Je n'avais pas serré la pince *à fond* jusqu'au dernier cran.

(2) Les malades ne se plaignent pas trop en général de cette position.

(1) Lire ma communication du 4 mars 1910 à la Soc. des chirurgiens de Paris in. *Paris chirurgical* n° 3 de mars 1910 et aussi *Rivista Urologica* du Dr Musumessi Grasso (de Catane) n° 1 du 15 mars 1910.

(2) Pour ce qui est de la bibliographie, je repondrai à M. d'Este puisque je suis très mal renseigné en effet, que mes occupations professionnelles et scientifiques ne me permettent pas de m'en occuper.

M. Tansini nous apporte sa statistique rénale avec 2 1/2 % de mortalité qu'il oppose aux statistiques meurtrières 'autres chirurgiens accusant de 17 à 27 % de mortalité.

Je lui reproche d'avoir, comme à plaisir, choisi des statistiques malencontreuses, car je lui opposerai la mienne donnée ces derniers temps au Congrès français de chirurgie d'octobre 1910, où sur 30 opérations rénales annuelles, j'eus 30 guérisons, ce qui fait du 0 pour cent de mortalité, sans que pour cela j'aie suivi la pratique de MM. Tansini et d'Este. Dire donc que les assez beaux résultats obtenus par M. Tansini sont dus à *l'emploi systématique de la forcipressure à demeure* est absolument exagéré, et Pasteau sera heureux de me rencontrer en conformité d'idées avec lui, bien que les faits de M. Tansini soient là pour détruire les idées théoriques qu'il m'a opposées autrefois.

En second lieu, je m'élève tout à fait contre la prétention de Tansini, qui voudrait élever la forcipressure à demeure au rang d'une méthode, non seulement rivale de la ligature, mais prépondérante et exclusive.

Il y a là, à mon avis, un vice d'argumentation scientifique que n'a pas très bien compris M. d'Este qui a eu tort de ne pas lire mes travaux dans l'original même. Il aurait ainsi pu corriger ce que ses idées ont d'excessif et, par un éclectisme rationnel, arriver à juger sainement des choses en faisant le départ des cas, comme je me suis donné la peine de le faire.

***

En résumé, vouloir, comme les Drs Tansini et d'Este, proposer d'une façon systématique la forcipressure à demeure du hile dans toutes les néphrectomies est une méthode décevante, contre laquelle il importe de lutter pour ne pas entraîner de jeunes chirurgiens sur une pente où ils ne regretteraient que trop tard de s'être aventurés.

Aussi, j'estime beaucoup plus sage la formule que, sans connaître les idées de Tansini d'ailleurs, j'ai pratiquée et proposée il y a plus d'un an : *Quand pour une des raisons étudiées plus haut, la ligature, procédé de choix pour le traitement du pédicule rénal ne peut être faite dans des conditions d'absolue sécurité, il faut lui substituer, qu'il s'agisse d'une néphrectomie primitive ou secondaire, la forcipressure à demeure qui est un procédé simple, facile, rapide, sûr et efficace.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

A travers des « Esquisses et Opinions ».

On a bien voulu orienter mes lectures vers un « jardin fleuri » dont le portail est une préface de F. Helme (1). J'avoue que ma promenade a été courte et fugitive, d'autant plus que lorsque la plume ensorcelante de F. Helme vous attire quelque part, on est pris, on ne peut plus s'en aller. Je dirais volontiers de lui ce qu'un parlementaire disait du grand Jules Simon, dont il savourait fort justement l'éloquence insidieusement entraînante : « Celui-là me ferait faire des bêtises ».

***

Les « fleurs rares » que nous offre élégamment le Dr Fraikin sont d'ailleurs des plus bariolées, et on ne peut, en quelques lignes, que papillonner çà et là au hasard des loisirs.

Les conseils « à un jeune homme » qui se destine à la médecine sont des meilleurs « science et conscience ». Notre confrère paraît toutefois s'étonner de ce que les praticiens, tout en pestiférant, dans les dîners confraternels, contre le « chien de métier » et contre les « sales clients », destinent leurs fils à la médecine. D'abord s'il y a des pères qui « destinent » leurs fils, ces pères ont tort. Je connais très bien un médecin qui mélancoliquement imprégné pour toujours du souvenir de ses très durs débuts, a fait tout ce qu'il a pu pour détourner son fils des idées de carrière médicale. Presque chaque jour, à table, il esquissait de traits les plus sombres toutes les bûches alignées sur la route du candidat à la médecine : bûches d'externat, d'internat, de clientèle, de ceci, de cela, etc., etc. Un beau matin, le fils, après avoir hésité pendant 2 ans, dit à son père : « je veux faire ma médecine ». Que dire et que faire à cela ? A tout prendre, le père peut guider utilement le fils, et si le fils de l'avocat devenait avocat, celui de l'épicier, épicier, etc., peut-être les médecins seraient-ils plus heureux.

***

Je ne me prononce pas sur « féminisme et médecine », d'autant que quiconque se trouve très heureux en mariage « légal » risquerait d'être méconnu en glosant sur l'union libre, quelle que soit l'opinion de Schopenhauer, d'Ellen Key et des frères Margueritte. Je n'ose pas davantage discuter ici, par pitié pour les lecteurs du *Progrès médical*, le problème de la peine de mort et de la responsabilité, pas plus que celui du hard labour et de la fustigation des apaches, bien que la psychologie normale et pathologique invite le médecin à s'intéresser à toutes ces questions.

Mais on peut, en passant, accorder un sourire d'approbation pour tout ce que M. Fraikin écrit sur « la dangereuse publicité », sur la nécessité de l'union, sur la propagande à entretenir autour des œuvres de solidarité confraternelle, parmi lesquelles il ne saurait me déplaire de voir signaler « *la Maison du médecin* ».

***

Faut-il suivre notre aimable confrère dans son pèlerinage sur les champs de bataille professionnels, à propos de la réforme des études médicales ? Faut-il évoquer le spectre des derniers concours d'agrégation ?..... Jamais de la vie ! Car ici le jardin paraît trop bariolé,..... on y voit des tomates ! Or il convient de respecter la pomme d'amour et de ne pas la convertir en pomme de discorde, fût-ce pour le service des meilleures causes. Les ont mieux à faire que de descendre au niveau de la jeunesse révolutionniste ou simplement du vulgaire. Ils doivent être des dirigeants de la société moderne, des « entraîneurs » vers les hautes sphères de la pensée, de l'intelligence et de la raison, sans paraître considérer ces trois forces comme sans application pratique ; ils ne doivent en tout cas jamais ressembler à des « entraînés » hors barrières.

Fuyons donc ces vilains souvenirs et cueillons une dernière fleur dans le parterre dont F. Helme a fait les

(1) Esquisses et Opinions ; par le Dr A. Fraikin, avec une préface du Dr F. Helme. (Un vol. in-8, 278 p. chez Maloine, Paris.)

honneurs et que M. Fraikin a garni de nombreuses plantes utiles. Un chapitre a pour titre : « Un sage ». Il s'agit d'Epictète, et voici une des pensées du philosophe :

« Il y a des choses qui dépendent de nous et des choses qui ne dépendent pas de nous. Ce qui dépend de nous, ce sont nos pensées, nos résolutions. Ce qui ne dépend pas de nous, c'est notre corps, c'est la richesse, c'est l'opinion d'autrui, c'est le pouvoir ».

Là est la suprême sagesse. Soyons hommes par nos résolutions et nos pensées. Soyons hommes également pour tout ce qui ne dépend pas de nous, en restant chacun à sa place, en acceptant dignement le rôle social que les circonstances nous ont réparti, en songeant qu'au point de vue social, la solidarité des rôles en assure l'égalité, et que, d'autre part, on ne pourrait constituer d'orchestre si chacun voulait jouer le rôle de premier violon.

CORNET.

MÉDECINE PRATIQUE

L'anesthésie locale pour la chirurgie des fosses nasales ;

Par le Dr H. BOURGEOIS

La cocaïnisation de la pituitaire au moyen d'une solution forte et par simple contact constitue le procédé classique d'anesthésie locale en rhinologie. On emploie une solution au 1/10 pour les adultes, au 1/20 pour les enfants ; le mode d'application consiste à imbiber des lanières de gaze ou des tampons d'ouate dont on garnit les parties à insensibiliser et qu'on laisse en place pendant quinze à vingt minutes.

L'action vaso-constrictive de la cocaïne favorise beaucoup l'acte opératoire en rendant l'écoulement de sang souvent minime. Une ischémie plus parfaite s'obtient facilement par l'addition de quelques gouttes de la solution d'adrénaline à 1|1000. On opère alors sans une goutte de sang.

Les avantages de cette méthode sont sa grande simplicité et son efficacité.

Elle présente quelques inconvénients. La cocaïne employée en solutions aussi concentrées est toxique ; on n'observe pas de graves accidents si on s'est assuré préalablement que le patient ne présente pas une susceptibilité particulière, et si l'on emploie la quantité d'alcaloïde tout juste nécessaire ; en revanche, la pâleur du visage, le vertige, la tendance à la lipothymie, la céphalée consécutive s'observent trop fréquemment malgré les précautions les plus grandes. La vaso-constriction cocaïnique rétracte la muqueuse et rend la prise des queues de cornet plus difficile. L'ischémie obtenue grâce à l'usage de la cocaïne et de l'adrénaline mélangées provoque deux heures environ une vaso-dilatation accentuée qui cause des hémorragies secondaires.

Depuis que l'on pratique couramment la résection sous-muqueuse des déviations de la cloison, la coutume s'est répandue d'anesthésier la pituitaire par des injections sous-muqueuse de cocaïne à 1|100 ; la plupart ajoutent quelques gouttes d'adrénaline à 1|1000.

Insensibilisation et ischémie s'obtiennent ainsi avec des doses minimes, ce qui supprime les chances d'intoxication, mais l'anesthésie ainsi obtenue serait insuffisante ; en effet, à cause de l'étroitesse des fosses nasales, tout instrument qui doit agir sur une des parois heurte plus ou moins la paroi opposée, ce contact lui-même est douloureux, il faut donc que la pituitaire soit anesthésiée dans la totalité de la zone exposée.

C'est pourquoi un procédé mixte est nécessaire et voici comment nous nous comportons.

Nous introduisons d'abord des lanières de gaze imbibées d'une solution de cocaïne à 1|30 ; nous les laissons en place cinq minutes.

Ensuite, nous injectons une solution de *novocaïne* à 1|100 additionnée de quelques gouttes de la solution d'adrénaline à 1|1000 ou d'un de ses succédanés. Cette injection est limitée au champ opératoire, et l'on commence par la partie la plus reculée des fosses nasales. Nous utilisons une seringue de 1 centimètre cube que nous avons fait monter comme la seringue à paraffine de Gault ; on peut se servir d'une seringue ordinaire munie d'une longue aiguille coudée à son origine. Le gonflement de la pituitaire et sa pâleur indiquent l'étendue de la région qui se laisse pénétrer par le liquide.

Aussitôt après la piqûre nous garnissons soigneusement la fosse nasale avec des lanières de gaze imbibées, de la cocaïne à 1|30. Au bout de 10 minutes l'insensibilisation est obtenue.

La novocaïne est peu toxique, la cocaïne est employée par attouchement et en solution relativement faible, la toxicité est donc très diminuée et en effet nous observons bien plus rarement les petits accidents lipothymiques énumérés tout à l'heure.

La vaso-dilatation secondaire se trouve très réduite si, au lieu de badigeonner toute la pituitaire avec une solution adrénalinée, on se contente comme nous d'une injection sous-muqueuse dont l'effet est limité. Toutes nos observations concordent à ce point de vue. Que nous n'ayons pas eu encore d'hémorragie secondaire, cela ne prouverait pas grand'chose, mais le fait suivant paraîtra selon nous démonstratif : Une de nos malades avait été légèrement adrénalinisée pour un simple examen rhinoscopique, elle présenta pendant les 48 heures qui suivirent une obstruction nasale et une hydrorrhée intense ; pour l'opérer d'un très volumineux cornet inférieur nous injectâmes sous la muqueuse notre novocaïne adrénalinée et non seulement elle ne présenta aucune hémorragie secondaire mais même aucune réaction vaso-dilatatrice ou sécrétoire,

En résumé, ce mode d'anesthésie mixte nous paraît le plus sûr de tous dans ses résultats immédiats et consécutifs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 octobre 1901

De l'action oculaire expérimentale et chimique des poussières et vapeurs de bitume. — MM. ***H. Truc*** et ***C. Fleig*** ont observé en 1904 et 1909 deux cas de kérato-conjonctivite avec leucomes persistants chez des ouvriers travaillant à fond de cale au déchargement de blocs de bitume.

L'absence de faits analogues dans la littérature médicale et des études antérieures sur les troubles oculaires par poussières des routes goudronnées les ont conduits à étudier, au point de vue expérimental, l'action oculaire des poussières et vapeurs de bitume.

Leurs conclusions sont les suivantes :

1° Les poussières de bitume peuvent produire très rapidement chez l'homme, des lésions de conjonctivite, kératite interstitielle, kératite ulcéreuse, hypopion, iritis ; la plupart de ces

lésions rétrocèdent assez vite, mais laissent persister des leucomes plus ou moins étendus.

2° L'état oculaire antérieur paraît constituer une cause prédisposante et importante, et l'action de la lumière solaire une cause adjuvante et occasionnelle qui doit être prise en considération au point de vue prophylactique.

3° L'action expérimentale des poussières de bitume pur, appliquées en saupoudrage oculaire se traduit ; chez le lapin, par des lésions de blépharo-conjonctivite glandulo-ciliaire hypertrophique, muqueuse d'abord, puis purulente, de kératite interstitielle, avec leucomes persistants, de kératite ulcéreuse d'épisclérite, d'iritis.

4° Les lésions expérimentales sont qualitativement les mêmes chez le chien que chez l'homme ; mais elles présentent des différences au point de vue de leur rapidité d'apparition et de leur intensité, en rapport avec divers facteurs tenant à l'individu, à la nature de la poussière et aux conditions dans lesquelles elle agit.

5° Des poussières constituées par des mélanges de poussière de bitume pur et de poudres inertes non septiques sont moins actives que la poussière de bitume pur ; tandis que des mélanges de cette dernière et de poussières de routes ordinaires (poussières septiques) produisent des lésions plus rapides et plus marquées.

6° Les vapeurs de bitume ne provoquent, chez le lapin, que de légères conjonctivites ; cette faible action est en rapport avec l'absence d'agent mécanique traumatisant, agent intervenant pour une part non négligeable dans la pathogénie des lésions oculaires.

7° De même que pour le cas des poussières goudronneuses, le mode d'action des poussières de bitume relève à la fois d'un facteur mécanique, d'un facteur microbien et de facteurs chimiques ; ces derniers paraissent toujours prépondérants ; les deux autres ont une importance variable suivant la nature de la poussière (bitume pur ou non) et suivant les conditions de production (expérimentales ou non) des accidents oculaires.

Séance du 7 novembre 1910.

Les bruits subjectifs auriculaires. — M. ***Marage***, en étudiant les bourdonnements d'oreille au point de vue de leur nature, de leur fréquence et de leur cause, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Ces bruits subjectifs ont des origines très différentes ;

2° Les *sifflements* ont pour cause une mauvaise position de l'étrier ; il est généralement facile de les faire disparaître au moyen de sons plus graves, de faible intensité, reproduisant les vibrations fondamentales des voyelles ;

3° Les *battements* sont produits par des troubles des nerfs vasomoteurs ; ils cessent le plus souvent sous l'influence des courants de haute fréquence ;

4° Les autres bourdonnements sont dus très probablement à une orientation particulière des éléments nerveux des centres auditifs ; souvent, en effet, ils disparaissent sous l'influence d'un massage vibratoire.

Sur la nourriture de l'huître et le mécanisme de la contamination en eau souillée.— M. ***Fabre-Domergue***, relatant les expériences qu'il a faites sur la contaminaton des huîtres par la voie digestive, en déduit que si l'huître élevée dans une eau riche en micro-organismes vivants, les absorbe avec une prédiction évidente, elle n'en est pas moins capable, en milieu impur, d'ingérer à dose massive, des détritus d'origine stercorale et par conséquent susceptibles de contenir les germes infectieux de maladies intestinales.

Il convient de s'attacher beaucoup plus à l'analyse bactériologique des huîtres elles-mêmes, de leur eau et de leur contenu intestinal, qui en somme, importe seule au consommateur, qu'à celle de l'eau des parcs. MME PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1910.

La mortalité par tuberculose en France. — M. A. ***Robin***. — Il est inexact de persister à dire, sur la foi de statistiques fantaisistes, qu'il meurt en France 150.000 tuberculeux par an. Si l'on prend la statistique officielle du Ministère de l'Intérieur pour 1908 on constate que cette mortalité n'a atteint que le chiffre de 85.271, soit 21.70 pour 10.000 habitants, ce qui nous met par comparaison avec les nations étrangères, à un niveau fort honorable.

Une objection est souvent faite : nombre de cas de tuberculose se dissimulent sous les appellations de bronchites, de maladies de l'appareil respiratoire. Or, les décès signalés sous ces rubriques sont en voie de décroissance dans la France entière.

Si l'on se reporte à la statistique de 1887, on voit que la mortalité par tuberculose a décru de 26 pour 100, ce qui répond victorieusement à l'affirmation des publications étrangères d'après lesquelles cette mortalité n'aurait subi aucun recul.

Des lésions expérimentales par poussières de routes goudronnées et non goudronnées. — MM. ***Truc*** et ***Fleig*** (de Montpellier),

Les nouveaux composés arsenicaux organiques. — M. A. ***Gautier*** rappelle qu'il a établi le premier la possibilité d'obtenir des composés arsenicaux organiques dans lesquelles la toxicité est réduite au minimum. Le premier également il a montré l'activité remarquable de ces composés dans certaines maladies infectieuses. En 1900 et 1902 il a montré qu'on pouvait par l'emploi du cacodylate de soude et de l'arrhénal, surtout par association avec les composés mercuriels, obtenir d'excellents résultats dans le traitement des accidents syphilitiques secondaires et tertiaires.

Il a toujours recherché des composés arsenicaux peu toxiques. Il n'a pris aucun brevet et ne pense pas que la priorité et la valeur d'une découverte scientifique doive s'établir par la date d'un brevet industriel. M. Gautier est donc autorisé à dire qu'il a démontré dès 1899 que l'on peut enlever à l'arsenic presque toute sa toxicité tout en lui conservant ses merveilleuses propriétés thérapeutiques.

Elections. — MM. ***Lœffler*** (de Greifswald) et ***Retzuis*** (de Stockholm) sont nommés associés étrangers.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

11 novembre 1910.

MM. ***De Beurmann***, ***Grandchamp*** et ***Bith*** présentent un jeune homme de 28 ans qui est atteint depuis la première année de sa vie de *syphilis* acquise. Ce malade a toujours été traité comme un tuberculeux et jamais on n'a soupçonné chez lui la syphilis, qui n'a été reconnue qu'il y a 6 mois à l'hôpital Saint-Louis. La réaction de Wassermann a confirmé le diagnostic clinique difficile.

C'est un curieux exemple d'évolution libre d'une syphilis dont aucun traitement spécifique n'a contrarié la marche pendant 27 ans. Le malade a été contaminé, peut-être par la vaccination, mais beaucoup plus probablement par une nourrice et les auteurs font remarquer que, pour éviter des accidents de ce genre, la réaction de Wassermann devrait être recherchée systématiquement chez les femmes auxquelles on confie un nourrisson

Le traitement par les injections de biodure de mercure donné les résultats les plus brillants et les plus rapides et quand il a dû être suspendu à cause de l'état de la bouche, les injections d'hectine ont très heureusement continué ses effets. Le malade, à son arrivée à l'hôpital, était absolument cachectique, couvert d'ulcérations larges et confluentes qui sont actuellement cicatrisées.

Ictère infectieux bénin et hémoptysies chez un tuberculeux latent ; rôle de l'hypertension pulmonaire.— MM. ***Ribierre*** et ***Emile Merle*** relatent l'histoire d'un jeune homme n'ayant aucune manifestation évidente de tuberculose pulmonaire et chez lequel on vit survenir, le lendemain de l'apparition d'un ictère infectieux, d'ailleurs bénin, une abondante hémoptysie. L'existence d'un éclat tympanique du deuxième bruit pulmonaire, accompagné de légère dilatation du cœur, ne laissait aucun doute sur la réalité d'une hypertension pulmonaire qui disparut rapidement, en même temps que l'hémoptysie.

Ce cas offre une démonstration quasi expérimentale de l'ac-

tion réflexe exercée dans le domaine de la circulation pulmonaire par les irritations des voies biliaires, action bien mise en lumière par les travaux de Potain et de ses élèves. L'accentuation du deuxième bruit pulmonaire est le seul signe clinique constant, tous les autres étant contingents. Si l'hémoptysie est relativement rare en pareil cas, c'est que sa production nécessite la combinaison du facteur mécanique et de lésions vasculaires qui, en l'espèce, étaient attribuables à un processus tuberculeux discret et jusque-là latent.

Recherches de physiologie pathologique dans un cas de guérison clinique de cirrhose hépatique avec ascite. — MM. ***Ribierre*** et ***Paraf*** montrent que la question de la guérison apparente ou réelle des cirrhoses alcooliques doit être envisagée, à l'heure actuelle, à la lumière des données que fournit une exploration de plus en plus approfondie et délicate des fonctions hépatiques. Dans un cas de cirrhose hépatique avec ascite, en état de guérison apparente depuis deux ans, ils ont démontré le caractère incomplet et précaire de la guérison. Si la glycosurie alimentaire s'est montrée négative, ce qui peut d'ailleurs s'expliquer par les troubles de l'absorption intestinale, il existait de l'élimination intermittente du bleu de méthylène injecté sous la peau. En outre l'étude des éliminations horaires du chlorure de sodium révélait nettement l'*opsiurie* et il y avait absence de diurèse provoquée. L'hypertension portale persistante est donc évidente. En pareil cas, ces méthodes d'exploration ont la plus grande importance aux points de vue pronostique et diététique.

En l'espèce, la guérison clinique avait été obtenue, sans opothérapie hépatique, par le repos prolongé et le régime réduit, lacto-végétarien, chez un malade dont le foie paraissait atrophié.

Le pantopon. — MM. ***Morel Lavallée***. — L'auteur attire l'attention sur le nouveau produit observé, le pantopon, facilement soluble et injectable. Il a obtenu de bons résultats en médecine mentale chez les anxieux et ceux qui ont une tendance au suicide.

M. ***Sicard*** a également obtenu de bons effets avec le pantopon chez les excités maniaques. Mais dans la colique hépatique, l'angine de poitrine, il semble que les effets soient inférieurs à ceux de la morphine. Il n'existe pas de vomissements, ni de vertiges après l'injection ou l'ingestion de pantopon. Il ne paraît pas y avoir d'accoutumance comme avec la morphine.

Un cas de kyste hydatique du foie avec réaction de fixation négative. — MM. ***Laubry*** et ***Parvu***. — Chez un malade atteint d'ictère intermittent sans fièvre, avec rate normale et hypertrophie du lobe gauche du foie, on fit le diagnostic de néoformation hépatique. Le sang montrait une éosinophilie de 8 à 10 %, mais la réaction de Weinberg était négative. Malgré cela, comme une pesée journalière montra que le poids se maintenait, les auteurs posèrent le diagnostic de kyste et firent une ponction qui permit de retirer un liquide clair. Le malade fut opéré par M. Lejars.

Les auteurs basèrent leur diagnostic de kyste hydatique sur 3 raisons : 1° le signe de Chauffard : la *fluctuation transthoracique* ; 2° l'éosinophile et 3° la fixité du poids. Les auteurs se demandèrent pourquoi la réaction de Weinberg était négative. Ils constatèrent par des expériences qu'il existait bien de l'antigène dans le liquide kystique, mais que cet antigène était à l'état de dilution exagérée et qu'il ne passait pas dans le sérum du malade.

M. ***Chauffard*** est heureux de constater que la fluctuation transthoracique s'observe également dans les kystes du lobe gauche du foie, ce qu'il n'avait pas encore observé. Dans les kystes du lobe, ce signe existe souvent, mais il faut que le kyste soit volumineux. L'auteur estime que l'éosinophile a une grande valeur dans le diagnostic de kyste hydatique. Quant à la réaction de fixation, elle peut manquer dans les cas analogues à celui de Laubry et Parvu, quand l'antigène manque dans le sang. Dans ce cas seulement, on est autorisé à faire une ponction exploratrice. Dans tous les cas analogues avec réaction positive, il ne faut pas ponctionner. L'auteur a encore récemment observé un cas de mort chez un enfant après une deuxième ponction à la suite de phénomènes anaphylactiques.

M. ***Ménétrier*** a observé un petit malade chez lequel une éosinophile de 14 % avait fait penser à un kyste hydatique. Mais il n'existait ni flot transthoracique ni réaction de Weinberg. A l'opération on trouva un abcès du foie.

M. ***P. E. Weill*** estime que l'éosinophilie a une grande valeur comme signe de kyste hydatique du foie mais qu'elle est inconstante. Mais dans le kyste hydatique de la rate, l'éosinophilie n'a aucune valeur, car elle existe fréquemment dans toutes les grosses rates.

Méningomyélites aiguës épidémiques infantiles. — M. ***C. Schreiber***. — MM. Rist et Rolland ont suivi à l'hôpital Trousseau, pendant les mois d'août et septembre, de jeunes garçons de onze à quinze ans, atteints de méningites pures avec lymphocytose qui guérirent sans séquelles et sans avoir présenté de troubles paralytiques en particulier.

Avec M. ***Netter***, l'auteur croit devoir rattacher ces cas à la poliomyélite épidémique qui a sévi d'une façon particulièrement intense cet été. Pendant les mois d'août et de septembre derniers, il a été en effet témoin d'une petite épidémie de paralysie infantile, à forme méningée, atteignant six enfants dont il rapporte brièvement les observations. Le premier malade succomba en quelques jours après avoir présenté tous les symptômes de la maladie de Landry. Les cinq autres furent atteints de paralysies flasques diverses localisées aux membres. Tous présentèrent un syndrome méningé, sinon toujours complet cliniquement, du moins des plus nets, et confirmé par la ponction lombaire.

Le terme de méningo myélite convient particulièrement à ces états, parce qu'il établit un lien entre les formes polio-myélitiques pures de la paralysie infantile décrites par les classiques et les formes de méningites pures analogues à celles décrites par divers auteurs.

Sans doute, il est surprenant d'admettre qu'au même moment, un même virus frapperait chaque fois la moelle en deçà de la Seine, la respecterait toujours dans une série de cas audelà. Mais les caprices du génie épidémique ne sont pas pour nous surprendre et on peut être tenté d'admettre qu'en raison de la fragilité particulière de la moelle chez l'enfant en bas âge, les lésions méningées manifestent d'une façon plus évidente leur retentissement sur l'élément noble que chez l'adolescent ou l'adulte. Les cas de méningites pures publiés concernent en effet généralement des sujets âgés ou au voisinage de la puberté comme ceux traités par MM. Rist et Rolland. BURNIER

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1910

A propos de l'ulcère du duodénum. — M. ***Delagénière***. — Je possède 14 observations d'ulcère du duodénum survenu chez des sujets dont l'âge varie de 25 à 72 ans avec un maximum très net de 42 à 52 ans. L'alcoolisme est très fréquemment relevé dans les antécédents des malades.

La question d'un point de repère précis pour le diagnostic de localisation de l'ulcère, soit au duodénum, soit au pylore est certainement utile à résoudre, car c'est là une des causes de divergence entre nous et les chirurgiens américains et j'avoue n'avoir pas jusqu'ici attaché grande importance à la veine pylorique.

L'ulcère duodénal existe incontestablement. D'après le rapport de M. Ricard, il siégerait dans 95 pour 100 des cas sur la première portion du duodénum. Dans mes cas personnels les lésions sont le plus souvent (9 fois) situées sur la deuxième portion. Cela tient peut-être à ce que les ulcères de la première portion ont été considérés et comptés par moi comme des ulcères pyloriques.

Ces ulcères s'accompagnent souvent de périduodénite et d'adhérences, qui peuvent même former une véritable tumeur aisément prise alors pour un cancer.

Dans les 3 cas de perforation que j'ai vus et opérés l'invagination et l'enfouissement de la perforation étaient impossibles.

Nous connaissons mal la symptomatologie de l'ulcère duodénal que nous diagnostiquons surtout par ses complications. Il ne possède pas de signe pathognomonique. Ces malades ont presque tous du pyrosis tardif. Les douleurs surviennent par crises suivies de périodes d'accalmie plus ou moins prolon-

gées. Au cours des crises douloureuses le point maximum de douleur est situé un peu au-dessous et en dehors de l'ombilic. Il n'y a pas d'hyperchlorhydrie stomacale. Les malades sont atteints d'une déchéance physique progressive.

Le diagnostic est très difficile.

Lorsqu'on opère ces malades dans des conditions normales, n obtient des résultats excellents. L'opération la meilleure, la plus logique, semble être l exclusion du pylore.

M. *Tuffier*. — Je n'ai vu que 6 cas d'ulcère du duodénum. Encore dans 3 d'entre eux je n'ai eu à intervenir qu'en pleine crise de péritonite généralisée. Il ne me reste donc que 3 cas assez nets. C'est très peu si l'on en juge d'après les statistiques américaines. Il y a là, comme l'a dit et redit, une divergence remarquable. Provient-elle d'une exagération des chirurgiens américains ou d'un défaut d'inattention de notre part ; ceci est discutable. Toujours est-il qu'avant les publications anglo-américaines nous n'avions pas pris l'habitude d'explorer systématiquement le duodénum au cours de nos opérations sur l'estomac. Je ne crois pas cependant qu'il faille attacher une grande importance à la veine pylorique. Il ne faut, à mon avis, considérer comme des ulcères du duodénum que ceux qui sont nettement duodénaux.

L'ulcère de la région pylorique donne lieu à un syndrome pylorique spécial, bien décrit par Hartmann et Soupault, syndrome qui commande l'intervention et qui reste le même, que l'ulcération empiète ou non sur le duodénum au-delà de la veine pylorique. Ce ne sont pas là, même en ce cas, des ulcères du duodénum, et je persiste à les considérer comme des ulcères gastriques.

Cela dit, les ulcères proprement duodénaux ont, je crois, une symptomatologie un peu spéciale. La douleur y est vive, durable, persistante, d'une ténacité remarquable, non suivie de vomissements. Le plus souvent elle ne s'accompagne pas de stase gastrique ni de déformation de l'estomac même au bout d'un temps assez long (4 ans dans un de mes cas).

Le meilleur traitement semble être la gastro-entérostomie. L'anastomose gastro-jéjunale met un terme au spasme pylorique. Quand le l quide acide de l'estomac passe dans le grêle il provoque une sécrétion alcaline qui est un excellent milieu pour l'ulcère.

Une fois le diagnostic posé (et il est bien difficile), ces malades peuvent guérir encore par le traitement médical et c'est pourquoi il est difficile de réaliser l'opération précoce. Cependant si les médecins nous envoyaient des malades plus résistants il est hors de doute que nos statistiques s'amélioreraient beaucoup.

Je crois qu'il vaut mieux anesthésier les malades au chloroforme dans ces interventions car les accidents de bronchopneumonie sont particulièrement fréquents dans la chirurgie gastro-intestinale.

M. *Hartmann*. — MM. Ricard et Pauchet me semblent avoir un peu exagéré la fréquence de l'ulcère duodénal dans leur rapport au Congrès. Aussi bien l'ont-ils peut être fait volontairement et pour attirer davantage notre attention. Les Américains exagèrent manifestement puisqu'ils décrivent comme révélateur de l'ulcère duodénal le complexus symptomatique qu'avec Soupault j'ai décrit sous le nom de syndrome pylorique. Plusieurs de mes observations démontrent nettement la chose.

M. Mathieu nous a dit que notre mortalité opératoire était trop élevée. Je ne crois pas à cette mortalité qu'on exagère et qui certainement diminuerait bien vite si les médecins nous envoyaient leurs malades plus tôt.

C'est à tort aussi, je crois, que l'on dit que la bouche gastro-jéjunale se referme spontanément lorsque le pylore redevient perméable. Ces obturations spontanées sont sans rapport avec l'ouverture ou la fermeture du pylore et tiennent je crois à un simple défaut de technique. Lorsqu'on examine de près les observations citées partout, on voit que souvent la fermeture s'est produite malgré une sténose pylorique manifeste. Elle se voit dans des gastro-entérostomies en V, dans des anastomoses au bouton de Murphy. Elle peut aussi être due à une digestion par le suc gastrique au niveau de la suture mal ourlée de muqueuse d'une ulcération et cicatrice rétractile.

Il n'en reste pas moins qu'en cas de perméabilité du pylore la bouche ne fonctionne plus, mais elle demeure et ne se ferme pas.

Il faut en cas d'ulcère duodénal rejeter l'incision simple et faire une gastro-entérostomie.

Ankylose de la mâchoire, — M. *Mauclaire*. — J'ai vu un cas d'ankylose qui, survenue chez une jeune enfant, persista pendant 25 ans. A ce moment il y avait une rétraction très manifeste du maxillaire inférieur. J'opérai d'abord à gauche et constatai que ce côté était sain. C'est de l'autre côté que se trouvait l'ankylose. Je réséquai donc le condyle et la bouche s'ouvrit alors aisément.

La malade fit une paralysie faciale peu durable. Puis l'ankylose se reproduisit, mais moins complète qu'auparavant.

Absence unilatérale congénitale du rein et d'appareil génital. — M. *Guinard*. — J'ai trouvé dans mon service en octobre une malade dont un des reins, le droit, était manifestement très augmenté de volume. Son médecin croyait à une pyonéphrose calculeuse. L'examen des urines fut pratiqué.

On fit à deux reprises la division des urines et les deux fois le résultat fut étrange : à droite les urines sont à peu près saines mais pauvres en urée ; à gauche, les urines sont nettement purulentes.

La tumeur diminua après une débâcle urinaire, puis grossit à nouveau et je me décidai à opérer le côté droit. Je trouvai un rein gros, plein de calculs et de pus et je l'enlevai.

Ma malade mourut 36 heures après sans avoir émis une goutte d'urine.

A l'autopsie on constata que la malade n'avait qu'un rein droit et qu'en outre tout l'appareil génital gauche manquait. Elle n'avait qu'un demi-utérus, très petit, ni ovaire, ni trompe gauches. Cependant les apparences extérieures étaient normales ainsi que les règles.

Il semble qu'il y ait eu chez cette malade une absence complète du corps de Wolff et du corps de Muller du côté gauche.

M. *Legueu*. — Il faut aussi retenir de ce cas cette démonstration que la séparation des urines ne signifie rien, que c'est un procédé dont les résultats ne sont aucunement précis et qui doit être considéré comme mort.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 27 octobre 1910.

La radiographie du tube digestif. — M. *Aubourg* présente une série de clichés obtenus par les nouveaux procédés de radiographie presque instantanée et montrant le passage d'un lait de bismuth depuis l'œsophage jusqu'au rectum. L'auteur décrit l'anatomie et la physiologie de chaque segment du tube digestif durant la traversée bismuthée et montre que ces organes durant leur travail ont une forme qui diffère essentiellement de la description anatomique classique, qui ne vise que des organes à l'état de repos.

Ostéomalacie, rachitisme et maladie osseuse de Paget. — M. le Professeur *Arcangeli* (de Rome). Ostéomalacie, rachitisme et maladie de Paget sont trois formes d'une même infection par diplocoque spécifique végétant dans l'os malade. Ce diplocoque rappelle le staphylocoque blanc, mais sa spécificité s'affirme par plusieurs caractères ; en particulier, l'injection des cultures reproduit la maladie chez le rat, le lapin et le cobaye.

Ostéomalacie, rachitisme et maladie de Paget sont des maladies contagieuses ; il y a des maisons à rachitisme, des maisons à ostéomalacie et cela s'explique par l'élimination urinaire du germe par les malades.

Le Wright-vaccin donne de bons résultats. Un même vaccin peut améliorer les trois formes de la diplococcie ostéolytique spécifique.

M. *Potier* fait des réserves sur cette théorie microbienne et rappelle que les travaux les plus modernes de l'Ecole française, ceux de Marfan et de Baudouin en particulier, sont en opposition avec elle.

M. *Fontoynont* indique que le rachitisme vrai n'existe pas à Madagascar ; et d'autre part, annonce des travaux encore à l'étude sur l'ostéomalacie qui confirmeront peut être l'origine microbienne de cette affection.

L'emploi de l'électro-aimant pour extraire les aiguilles de la profondeur des tissus. — M. ***Raoult-Deslongchamps*** fait une communication sur l'emploi de l'électro-aimant pour extraire les corps étrangers métalliques et particulièrement les aiguilles de la profondeur des tissus. Dans les cas heureux, l'aiguille, d'abord repérée aux rayons X, peut être extraite sans incision des téguments ; dans les cas plus difficiles, il suffit d'une incision très minime pour donner passage à l'extrémité conique de l'électro-aimant qui va rechercher l'aiguille dans la profondeur et la ramène au dehors.

Le traitement de la syphilis par la méthode d'Erlich. — M. ***Emery*** montre le rôle si important qu'ont joué dans le traitement de la syphilis trois découvertes récentes, à savoir : la découverte du spirochète par Schaudinn, celle de l'inoculabilité de la syphilis par Metchnikoff et Roux, celle enfin du séro-diagnostic par Wassermann. Puis, il différencie la préparation d'Ehrlich de toutes celles qui avaient été recommandées auparavant. Ce qu'il y a de nouveau en effet dans la conception d'Erhlich, ce n'est pas l'emploi d'une préparation arsenicale, mais c'est le fait d'avoir trouvé une préparation organique exempte de danger et pouvant être injectée à très forte dose.

La question de la technique joue un rôle capital. Se basant sur les préceptes indiqués par Ehrlich, il démontre l'utilité, au début de l'infection syphilitique, de recourir d'abord à des injections intra-veineuses, puis quelque temps après, à des injections intra-musculaires, dites de réserve, en suspension dans l'eau ou dans l'huile. C'est l'observation de ces règles qui permet d'assurer la plus grande efficacité du médicament avec un minimum d'accidents locaux ou généraux.

De nombreux exemples de succès de la méthode ont été constatés à toutes les périodes de la syphilis, et pour des accidents de tous les organes qu'elle est susceptible d'attaquer, de même qu'ils ont pu être relevés dans les cas de syphilis héréditaire et même de parasyphilis.

Pour les insuccès de la méthode d'Ehrlich, les accidents locaux et les dangers auxquels elle expose les malades traités, la conclusion qu'on peut en tirer est que chez l'adulte, l'application du « 606 » produit des troubles à peine plus marqués que ceux qu'on a coutume de constater après certaines injections de sels mercuriels insolubles.

Cette application n'expose d'ailleurs pas les malades à plus de dangers que ne le fait toute autre médication, si l'on tient compte des contre-indications posées dès le début par Ehrlich lui-même.

Celles-ci ne sont cependant pas absolues, et le Dr Emery mentionne des cures inattendues d'accidents syphilitiques du système nerveux à propos desquels Ehrlich aurait déconseillé son traitement. Pour ce qui concerne le traitement de fond, il faut réserver son opinion tant que les deux injections intra-veineuse et intra-musculaire ne feront point partie de la pratique courante.

En résumé, on peut déjà se prononcer sur la valeur de cette méthode, car la cure d'accidents à allure rapide d'une syphilis menaçante n'exige pas une observation aussi prolongée que celle qui est nécessaire pour d'autres maladies infectieuses. L'enthousiasme exagéré qui se déchaîna à la découverte de la tuberculine de Koch n'a rien de comparable avec la légitime admiration que professent les expérimentateurs pour la découverte d'Ehrlich.

La dépopulation de la France. — L'impôt du sang transmis. — Conférence par M. Jayle.

M. ***Jayle***, après avoir montré la marche de la dépopulation de la France du XVIIIe siècle à nos jours, en décrit les 3 causes principales :

1° *La protection continue de tous les sujets atteints de tare physique et l'indifférence systématique envers les sujets sains.* Cette protection des chétifs et des malingres se trouvent réalisée par la restriction volontaire de la natalité. La diminution de la quantité n'est nullement compensée par l'augmentation de la qualité. La diminution du nombre des enfants va de pair avec l'affaiblissement de la race, parce qu'on arrive fatalement à conserver des produits dégénérés. Les enfants sains ne sont pas protégés comme les malingres ; pour les colonies de vacances, la ville choisit toujours les moins bien portants. En un mot, soyez un déchet et la société vous entoure de soins, soyez une énergie et elle ne vous connaît que pour vous frapper d'impôts.

2° *L'exploitation des chefs de famille par les improductifs* : chaque individu demande à la collectivité dont il fait partie d'être protégé dans ses biens et sa personne, d'avoir le maximum de confort possible.

La protection exige une armée, l'armée demande des soldats et de l'argent ; les improductifs ne donnent pas de soldats et ne payent pas autant d'argent que les productifs. Le confort extérieur n'est obtenu que par les impôts directs ou indirects que les productifs paient, toutes choses égales d'ailleurs, plus forts que les improductifs. Il existe ainsi une inégalité sociale évidente entre les productifs et les improductifs.

L'enfant est donc considéré comme une charge que l'on peut éviter. Les improductifs n'ayant pas à s'occuper de leurs enfants sont mieux armés dans la lutte pour la vie ; ils obtiennent plus facilement des situations privilégiées que les chefs de famille. Donc, il y a tout avantage à être improductif.

3° *La mortalité des enfants pauvres.*

Pour combattre la dépopulation, le moyen principal est d'établir *l'impôt du sang transmis.*.

Nous disons en parlant du service militaire, l'impôt du sang (sous entendu versé ou à verser) ; l'impôt du sang transmis est l'obligation, pour tout Français, de transmettre son sang, c'est-à-dire d'avoir des enfants. Le principe est le suivant : tout homme possédant une situation sociale aisée doit avoir trois enfants ou payer chaque année ce que coûterait chaque enfant dans la classe sociale à laquelle il appartient.

Une institution d'Etat qui serait l'*Assistance de la famille* serait chargée de distribuer la majeure partie de cet impôt aux familles pauvres ayant plus de trois enfants ou même n'en ayant que trois et de consacrer le reste à l'institution d'œuvres diverses protectrices des enfants.

Les improductifs, dont le nombre normal peut être le quart ou le cinquième de celui des productifs, ne pourraient occuper que le quart ou le cinquième des places données par la société.

La balance doit être tenue égale entre les productifs et les improductifs, tandis qu'à l'heure actuelle, les premiers sont des exploités et les seconds des exploiteurs, d'où l'intérêt de vivre sans enfants et de se faire défendre par ceux des autres.

E. Agasse-Lafont.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du 20 ocobre 1910

La suite de la discussion sur la réaction de Richard Gegel ou réaction de compression provoque une communication du Prof. Sudnik, de Buenos-Ayres, qui préfère maintenir le terme de réaction de Rieh, et la considère comme une réaction spéciale en rapport avec des états pathologiques qu'il reste à déterminer. Il estime que M. Huet a donné des interprétations différentes de ce phénomène.

M. ***Huet*** montre qu'il n'a jamais varié sur cette interprétation : mais on confond ensemble des réactions différentes : la véritable réaction de Richard Gegel consistant dans l'augmentation de la secousse d'ouverture est une constatation de laboratoire. On la produit en comprimant un membre avec la bande d'Esmark ; le flux sanguin ne renouvelle pas la composition des tissus, le courant de polarisation est beaucoup plus fort : d'ailleurs les physiologistes acceptent cette explication chimique. Par contre, et l'auteur, dans ses travaux de 1897 comme dans ceux de 1909, a insisté sur ce point, c'est à tort qu'on a confondu avec les faits constatés dans cette expérience d'électro-physiologie l'augmentation de l'excitabilité à l'ouverture, qui s'observe au stade de début de la réaction de dégénérescence. La réaction de compression ou de Richard Gegel est absolument transitoire, elle disparaît dès qu'on retire la bande, l'hyperexcitabilité d'ouverture est un phénomène qui dure un certain temps : la première indique un état du muscle (absence de circulation), la deuxième une dégénérescence du muscle. Il pense donc n'avoir jamais varié dans ses interprétations ; mais il a donné des explications différentes et des faits différents.

M. *Fauchen-Villeplée* présente trois observations de cancer de **la lèvre inférieure traité par l'électrocoagulation.** Ces cancers avec simple anesthésie cocaïnique ont été détruits au cabinet du médecin en une seule séance sans que le malade ait à interrompre ses occupations.

L'escharrification profonde s'est réparée rapidement, ne laissant qu'une cicatrice très petite. L'auteur ne se prononce pas, ses observations étant trop récentes, sur les résultats éloignés ; mais au point de vue des résultats immédiats, il insiste sur les points suivants : pour le médecin, l'application est facile et n'exige pas un matériel ; pour le malade, il suffit d'une seule application et il n'y a, pour ainsi dire, ni précautions ni soins consécutifs ; aussi paraît-il y avoir une supériorité manifeste sur la radiothérapie, qui exige plusieurs séances, et sur l'ablation chirurgicale, qui est plus complexe, nécessite des pansements et donne des pertes de substance plus considérables.

A la suite de cette communication s'engage une discussion sur les effets thermiques des courants de hautes fréquences. M. Delherm montre que les effets thermiques ont été de tout temps connus en France ; peu d'auteurs français, il est vrai, les ont recherchés d'une façon systématique, mais il ne faut pas oublier que Bonnefoy a insisté depuis longtemps sur les sensations de chaleur éprouvées par les patients soumis à l'action du lit condensateur. C'est en Allemagne, surtout dans ces derniers temps, qu'on a utilisé la thermopénétration d'une manière suivie.

Le Secrétaire général adjoint,
Dr L. Delherm.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 octobre 1910. — Présidence de M. Boursier, président.

L'extraction des corps métalliques magnétiques par l'électro-aimant. (Présentation). — MM. *Theuveny* et *Raoult-Deslongchamps.* — Il est souvent très difficile, pour ne pas dire impossible, d'enlever chirurgicalement des tissus certains corps étrangers métalliques en nickel, cobalt et surtout en fer.

Bien repérés par une radiographie sous deux plans, le Dr Raoult-Deslongchamps arrive à les extraire au moyen d'un électro-aimant très puissant ; le corps étranger, une aiguille le plus souvent, attiré par l'aimant, fait saillir la peau et sort, adhérente à l'instrument. Dans un certain nombre de cas, on est obligé de faire une incision très minime (à peine un centimètre) au sommet du cône formé par la peau, et l'aiguille ou le corps métallique s'accole de suite à l'aimant.

M *Desternes* insiste sur le nombre considérable de corps étrangers qu'il a l'occasion de radiographier, sur la nécessité d'une bonne localisation radiographique, sur la difficulté fréquente de l'extraction. Il a, sur sa demande, adressé des malades au Dr Raoult-Deslongchamps et le succès a été presque constant par l'électro-aimant.

M. *Rochon-Duvigneaud.* — Les grands électro-aimants sont employés depuis plus de 12 ans en ophtalmologie. Le modèle actuel, celui de Volkmann, est presque identique au modèle vertical de M. Raoult-Deslongchamps. Pour les tissus compacts, M. Rochon-Duvigneaud croit qu'il faut l'aide d'une radiographie.

Pour l'œil, elle est inutile. L'aimant fait à la fois le diagnostic par la douleur ressentie au passage du courant, et le traitement, par l'attraction dans la chambre antérieure. Des éclats de 1 milligramme sont ainsi régulièrement enlevés.

M. *Lance* demande si l'auteur a eu l'occasion d'employer son appareil pour l'ablation de fragments d'aiguilles séjournant depuis très longtemps dans les tissus. Dans ces cas, le fragment exsudé est incrusté au centre d'un nodule fibreux épais et résistant.

M. *Theuveny.* — Les corps étrangers enlevés depuis cinq mois par le Dr Raoult-Deslongchamps n'étaient dans les tissus que depuis un temps très court (quelques heures à quelques jours). Dans les cas très anciens ou dans les cas de corps incrustés, il est possible que l'extraction en soit rendue très difficile et relève alors de l'intervention chirurgicale. Quant à l'utilisation de l'électro-aimant pour des corps étrangers dans les tissus en dehors du milieu oculaire, il semble que ce soit la première fois qu'elle soit faite de façon régulière et heureuse.

Nouvelles recherches sur la peptonisation. — M. *Lematte* étudie la titrimétrie des composés chlorurés et la désintégration des albuminoïdes dans la peptonisation. Il fait voir qu'on peut, en se servant de son réactif acétone-campêche, et de la phénolphtaléine, suivre les mutations du chlore et la libération des milieux amidés. Cette analyse demande des précautions multiples que l'auteur précise. Il étudie successivement l'action de l'HCL sur des quantités variables de fibrine, puis l'action de la pepsine ajoutée au milieu. En appliquant la méthode de l'auteur à l'analyse du suc gastrique, il est possible de s'assurer la part que prennent les ferments protéolytiques dans la digestion et de suivre, burettes en mains, les différentes phases du phénomène.

Si l'on envisage le phénomène au point de vue purement physique, on peut dire que la peptonisation met en présence deux colloïdes : l'albuminoïde et le ferment dont les poids moléculaires sont élevés dans une solution acide d'électrolyte. Il se forme des colloïdes d'un poids moléculaire moins élevé, *les protéoses* et enfin *des corps solubles et dialysables appelés les peptones.*

Des cures marines et d'altitude dans le traitement des tuberculoses génito-urinaires. — M. *Le Fur* recommande vivement l'œuvre des colonies scolaires de vacances pour les enfants simplement débilités et attire l'attention de la Société sur le danger qu'il y a à y envoyer des enfants déjà atteints de lésions tuberculeuses. Les cures marines et d'altitude sont très utiles dans les tuberculoses urinaires (rénale et vésicale). Les formes torpides doivent être envoyées sur les plages Nord et Nord-Ouest de la France : les formes congestives et éréthiques, sur les plages de Bretagne, du Sud-Ouest et de la Méditerranée. Les cures d'altitude et hydro-minérales doivent être souvent associées aux cures marines qui ne devront pas être prolongées plus de deux mois et devront être souvent renouvelées.

M. *Boursier* fait observer que les médecins ont toujours encouragé la formation des colonies scolaires et que ces dernières ont rendu de grands services. Il rappelle que dans le nord de la France, nombre de tuberculoses sont traitées annuellement ; la mer est indiquée dans le traitement des tuberculoses génito-urinaires depuis de nombreuses années avec d'excellents résultats.

M. *Dedet.* — Si Roscoff, appelé la « Provence de Bretagne » est indiqué pour les tuberculoses, M. Dedet croit que Brest et son littoral ouest exaspèrent cette affection. Cette opinion est basée sur une expérience de plusieurs années de séjour dans notre grand port breton.

M. *Levassort* pense que M. Le Fur fait une division un peu arbitraire de nos côtes marines ; ce qui domine tout, c'est l'orientation. Une plage à l'Est abritée des vents du large convient aux formes actives, tandis que les plages orientées à l'Ouest seront avec intérêt conseillées aux porteurs de tuberculoses torpides. Il y aura d'ailleurs lieu de revenir sur ces questions pour préciser certains points.

M. *Butte* s'associe aux paroles que vient de prononcer M. Boursier au sujet des colonies scolaires. Il estime que le corps médical parisien et en particulier les médecins scolaires de la Seine ont montré depuis longtemps le grand intérêt qu'ils portaient au développement de ces colonies pour lesquelles la Ville de Paris fait de grands sacrifices et auxquelles sont envoyés la plupart des enfants qui en ont besoin, c'est-à-dire ceux qui sont chétifs et non pas des malades.

M. *Paul Guillon* insiste sur les avantages climatériques que présentent la plupart des plages du Nord de la Bretagne. Il signale toute une série de stations hydro minérales dont peuvent bénéficier les tuberculeux uro-génitaux.

M. *Toledano* s'associe aux observations faites par MM. Butte et Boursier relativement aux colonies de vacances et s'élève contre l'assertion de M. Le Fur qui prétend qu'on envoie dans ces colonies des enfants malades ; ces colonies sont composées d'enfants examinés et choisis par les médecins inspecteurs des Ecoles ; on y envoie des enfants malingres et chétifs susceptibles de tirer un bénéfice de leur séjour à la campagne ou à la mer. Les enfants malades sont rigoureusement éliminés. M. Le Fur a donc eu tort de dire que les résultats obtenus par les colonies vont à l'encontre du but à atteindre.

M. **Boursier.** — Dans la Société composée de médecins, de chirurgiens, de spécialistes, aucun n'a pris la parole pour protester contre le traitement marin des affections génito-urinaires et contre les colonies scolaires.

M. **Le Fur** répond à M. Boursier qu'il est heureux de voir la Société de Médecine apprécier l'Œuvre des colonies scolaires de vacances. Il attire l'attention des médecins sur cette œuvre capitale, leur demandant de prendre une part active à la croisade qui est faite pour que la France puisse regagner le terrain perdu jusqu'à présent. En ce qui concerne les tuberculoses, génito-urinaires, s'il était classique jusqu'à présent d'envoyer les tuberculoses génitales à la mer, il était non moins classique d'empêcher les tuberculeux urinaires de recourir à des cures marines

C'est contre cet exclusivisme que M. Le Fur a tenu s'élever.

La maladie de Silva-Lina (aïnhum).— M. **Egas Monis de Aragao** dépose un mémoire sur l'aïnhum, affection exotique qui se distingue de la lèpre mutilante par la conservation de la sensibilité, la localisation à un seul orteil et surtout la guérison après amputation.

Vote sur les conclusions de M. Levassort. — La Société adopte à l'unanimité les conclusions de M. Levassort, avec une addition de M. Chassevant.

ANALYSES

Pachyméningite interne infectieuse aiguë et méningisme ; par Schottmuller. — (*Muenchener medizinische Wochenschrift*, nº 38, 20 septembre, p. 1984.)

Schottmuller montre qu'il ne faut pas se contenter trop facilement du diagnostic de méningisme, ni affirmer purement et simplement que certains symptômes nerveux des maladies infectieuses aiguës sont dus à l'imprégnation des centres par les toxines circulantes. Il faut, dans chaque cas faire des examens bactériologiques et histologiques soignés des méninges avant de conclure à leur intégrité. Schottmuller (comme Schultze) a pu constater dans quelques cas des modifications évidentes des méninges molles, notamment des amas leucocytaires. Ceux-ci étaient-ils dus à une action chimiotactique de toxines ? Cela est peu probable.

Dans un cas, Schottmuller a noté non seulement l'hyperémie de la pie-mère et l'infiltration séreuse de celle-ci, mais encore une pachyméningite hémorragique interne, alors que le diagnostic clinique pendant la vie avait été *méningisme*.

Une femme de 28 ans présenta à la suite de son 5e accouchement des signes d'infection puerpérale : frisson et fièvre, dyspnée et cyanose ; les lochies contiennent un streptocoque que l'on retrouve dans le sang. Au bout de 2 jours, la malade est prise de délire, puis le lendemain d'un peu de raideur de la nuque. Elle tombe dans le coma et meurt. La première ponction lombaire pratiquée le jour de l'entrée avait montré que le liquide céphalo-rachidien était clair, très pauvre en cellules (27 cellules) nullement hypertendu, à peine albumineux.

La ponction lombaire pratiquée 3 jours après (le jour de la mort) montra un liquide jaune, un peu plus riche en cellules (181 polynucléaires et lymphocytes) riche en albumine. Cultures négatives.

A l'autopsie, on constata que les méninges molles ne présentaient pas de lésions, mais à la face interne de la dure-mère, notamment au niveau de la convexité du cerveau, on voit une fausse membrane épaisse, qu'on peut décoller : au-dessous d'elle, la dure-mère montre des aspects de suffusion hémorragique.

Les coupes pratiquées par Frankel montrèrent la structure de cette pachyméningite fibrineuse aiguë : la zone périphérique (périostique) de la dure-mère est saine, mais la zone interne montre une congestion intense des veines et un infiltrat très accentué autour des vaisseaux caractérisé par la présence de lymphocytes et de cellules fixes du tissu conjonctif proliférées. Quant à la fausse membrane, elle est formée d'un réticulum fibrineux fin (ne se colorant pas par le Weigert) dans les mailles duquel on voit des amas de globules rouges et des cellules de la face interne de la dure-mère proliférées et déformées. On peut même apercevoir (à un fort grossissement, sur les coupes colorées au bleu de méthylène) des streptocoques amassés dans les amas leucocytiques périvasculaires. Ceux-ci n'atteignent jamais la superficie de la dure mère. Toujours près d'eux on voit des amas de globules rouges. Ceux-ci sont donc parvenus à ce niveau par voie sanguine, et ce sont eux qui sont responsables par leur action sur les centres nerveux voisins des symptômes nerveux (troubles de la conscience, céphalée, vomissements, agitation, hallucinations, délire et raideur légère de la nuque). Ces constatations font comprendre aussi les résultats de la ponction lombaire.

Le siège des microbes dans l'épaisseur du tissu dure-mérien explique le résultat des ponctions lombaires négatif au point de vue bactériologique. R. Debré.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies des plantes, leurs traitements raisonnés et efficaces en agriculture et en horticulture, par M. Bourcart, docteur ès sciences. Vol. de 650 pages avec figures. (O. Doin et fils, éditeurs. Prix : 9 fr.).

Nous ne saurions mieux faire, pour analyser cet intéressant ouvrage, que de reproduire ci-après la note parue dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* à propos de la présentation de cet ouvrage à la savante compagnie par M. Benjamin :

I. M. H. Benjamin : « J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie un livre intitulé : *Les Maladies des plantes, leurs traitements raisonnés et efficaces en agriculture et en horticulture*, par Emmanuel Bourcart, docteur ès sciences.

« Il paraîtra peut-être singulier de me voir présenter dans une assemblée de médecine un livre de thérapeutique végétale.

« En réalité, je crois que l'œuvre de M. Bourcart peut être très bien considérée comme de notre domaine ; en effet, la thérapeutique des plantes présente une analogie surprenante avec la thérapeutique humaine, analogie qui n'a d'ailleurs pas échappé à l'auteur et sur laquelle il a attiré l'attention à plusieurs reprises.

« Qu'il s'agisse des plantes ou des animaux, les agents pathogènes sont les mêmes, de même que les agents médicamenteux susceptibles d'être utiles dans la lutte contre le parasitisme.

« Dès lors, nous devons pouvoir faire de la médecine comparée très profitable, en étudiant l'action des innombrables médicaments antiseptiques sur les microorganismes parasites des plantes, et plus d'un rapprochement suggestif est à faire.

« C'est à ce point de vue que je considère le Traité de pharmacologie végétale de M. Bourcart non seulement comme présentant un intérêt scientifique pour le médecin, mais encore comme susceptible de donner à une partie de la thérapeutique animale une orientation nouvelle et profitable. »

Ce que M. Benjamin ne dit pas dans sa communication, c'est que le plan de l'ouvrage a été conçu de façon à permettre aux moins initiés de trouver avec la plus grande facilité les renseignements qui leur sont nécessaires, lorsqu'ils désirent traiter une plante malade.

Un vocabulaire des principales maladies et des parasites qui les occasionnent y est annexé.

Enfin innovation heureuse, à la table des matières, à la suite du nom de la plante, se trouve la liste des maladies dont elle peut souffrir et reportant le lecteur à la page du traitement.

C'est un ouvrage que chacun voudra et devra posséder.

A. R.

Evolution et hérédité ; par David Beni Hart. (Un volume de 250 pages. Nebman éditeur. Londres 1910.)

Volume très clair et très au courant des faits les plus récents se rattachant à l'hérédité. La série des chapitres indique mieux que toute analyse les importantes questions qui y sont traitées. I Darwin et Weismann. II Mendélisme. III Mendel. IV Biométrie. V Une théorie de la variation et sa transmission. VI Hérédité. VII L'hérédité morbide. VIII La communauté des abeilles. IX Observations sur la ruche. X L'évolution de l'apis mellifera et l'apiculture. XI Discussion sur l'évolution. XII Handicap of Sex. XIII L'évolution au point de vue religieux.

Un dictionnaire de termes scientifiques termine le volume qui est orné d'une dizaine d'excellentes illustrations.

TRAVAUX ORIGINAUX

Phénomènes d'excitation psychique, puis délire alcoolique. Tuberculomes cérébraux et méningo-encéphalite toxique ;

Par MM. Henri CLAUDE et Marcel SOURDEL.
Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital St-Antoine. Interne des hôpitaux.

A mesure que les constatations anatomiques sont faites d'une manière plus précise, que les méthodes histologiques s'appliquant au système nerveux sont plus perfectionnées, le cadre des affections purement fonctionnelles, des troubles névropathiques simples, sans substratum anatomique, tend à se rétrécir de plus en plus.

Qu'il s'agisse de la chorée des enfants, de l'épilepsie des adultes, il n'est pas rare de constater des lésions qui, si elles n'expliquent pas complètement le tableau clinique, le conditionnent en grande partie.

L'observation que nous publions, d'un alcoolique tuberculeux mort avec des symptômes de delirium tremens, montre une fois de plus combien un tableau clinique simple peut résulter de facteurs pathogéniques complexes.

Obs. — Ro...., maréchal ferrant, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, le 22 janvier 1910. Il est amené dans un état subcomateux et délirant.

C'est un homme fort, bien musclé. Il n'a jamais eu de maladies. Marié depuis 6 ans, les renseignements sont fournis par sa femme. Celle-ci parle avant tout des habitudes alcooliques du malade. Il boit beaucoup de vin, sans qu'elle puisse donner des chiffres précis, et encore plus d'absinthes à la suite d'habitudes prises en Algérie où il a fait son service militaire.

En juin 1909, le malade a eu une crise d'épilepsie nette. A la suite d'un excès alcoolique, sans doute, il est tombé sans connaissance, agité de mouvements désordonnés, sans qu'il soit possible de préciser la localisation ou le maximum d'intensité de ces mouvements. Il s'est mordu la langue. En tout la crise a duré 15 minutes.

La femme affirme que son mari n'avait jamais eu de crise antérieure, ni dans sa jeunesse, ni dans les premières années de son mariage.

En juillet 1909, nouvelle crise, de même durée.

Enfin il y a huit jours, le 14 janvier 1910, il a eu deux crises durant à peu près vingt minutes, à une heure d'intervalle, dans la matinée (8 h. et 9 h. du matin). Il revenait déjà du cabaret où il avait bu plus que de raison. Après l'accident aigu, il a eu de l'incontinence des sphincters. Puis il n'est pas revenu tout à fait à son état normal. Il se plaignait d'une céphalée violente, ne répondant pas aux questions, sifflant et parlant sans cesse.

Il était dans un état délirant, mais sans grande agitation. La nuit cependant, il s'est levé debout sur le lit pour reprendre de grands discours avec gestes.

Le lendemain, il a vomi ses aliments. Depuis, il a refusé toute nourriture, vomissant tous les aliments qu'on arrivait à lui faire prendre par surprise.

Malgré cet état délirant, le malade a pu se promener le jour de sa crise, et jusqu'au 19 janvier, il est sorti tous les jours, partageant son temps entre les marchands de vins et les réunions que tenaient, à propos d'une grève, les maréchaux ferrants. Très populaire, il prenait souvent la parole au cours de ces réunions. Sa femme qui y assistait raconte qu'il y prononçait des phrases sans suite, et qu'on ne pouvait se rendre compte de ce qu'il voulait dire Néanmoins comme il était très excité on l'écoutait, et il avait même beaucoup de succès.

Mais le 19 janvier, l'état paraît s'être aggravé et s'être compliqué de troubles moteurs, car le malade n'a pas pu sortir.

En ce qui concerne les antécédents pathologiques plus éloignés, nous avons appris que R..... a eu une pleurésie il y a un an pour laquelle il est resté un mois et demi malade. Sa femme n'a jamais eu d'enfants, mais n'a pas fait de fausse couche.

Son père est mort de congestion (?).

Sa mère se porte bien, ainsi que son frère. Au point de vue nerveux, l'hérédité familiale est réduite au minimum.

Actuellement, le malade est agité d'une façon continue, ses membres sont constamment en mouvement, il présente du tremblement léger des mains, des muscles de la face, de la langue.

Il est impossible de fixer son attention et on ne peut en tirer aucune réponse.

La force musculaire est intacte. Il n'y a pas de paralysie.

Les réflexes sont normaux.

Pas de signe de Babinski.

La sensibilité cutanée est exagérée.

La pression musculaire aux mollets, aux cuisses, détermine de vives douleurs.

Il suffit, d'autre part, de pincer ou de piquer très légèrement la peau du ventre et des membres pour avoir des réactions motrices très vives. Température 39°.

23 janvier. — La nuit a été calme relativement, quoique sans sommeil. Le malade paraît désorienté. Mais il n'a pas de délire actif.

La langue est très sèche. L'alimentation très difficile. Le foie est volumineux, dur et sensible.

Le 25 au matin, l'état mental tend à s'améliorer. Le malade ne délire plus, n'est plus agité.

Le soir, à 8 h., il est pris d'une crise convulsive, généralisée, très intense. La respiration est stertoreuse. Le corps se couvre de sueurs profuses. La température, qui la veille était descendue à 38°, remonte à 39°5.

La langue, sèche a tendance à tomber au fond de la gorge.

Les pupilles sont très dilatées, égales.

Le pouls est irrégulier comme fréquence et comme amplitude.

L'examen des réflexes montre à droite une abolition de tous les réflexes tendineux et cutanés.

A gauche, les réflexes cutanés sont abolis, mais les réflexes tendineux persistent.

L'excitation de la plante du pied ne donne aucune réaction.

Le malade reste dans le même état pendant toute la nuit, agitation motrice extrême, incohérent dans les idées ! Le lendemain la température remonte à 40°2 et la mort arrive à 4 h. du soir ; le visage est cyanosé.

La mort semble due à l'asphyxie progressive.

La ponction lombaire qui a pu être faite à midi donne les résultats suivants :

Liquide jaunâtre très hypertendu. Par la chaleur, précipité léger. Sulfate de magnésie, pas de précipité ; sulfate d'ammoniaque, précipité. Le sucre est diminué.

Après centrifugation, culot appréciable jaunâtre, le liquide surnageant est clair.

Le culot contient des lymphocytes en grande quantité, quelques-uns sont très volumineux. Quelques globules rouges. Enfin de rares polynucléaires, 2 environ pour 50 lymphocytes. C'est la formule d'une méningite tuberculeuse. Malheureusement, l'examen n'a pas été fait au point de vue de la recherche des bacilles de Koch.

En résumé, ce malade s'est présenté comme un alcoolique atteint de délire subaigu, tranquille, brusquement terminé par une crise fébrile de délirium tremens. Celui-ci, il est vrai, n'a pas revêtu la forme absolument classique. La cause initiale a passé inaperçue. Jamais nous n'avons observé de délire actif proprement dit. Enfin le tremblement n'était pas très marqué. Dans notre observation, l'élément moteur prédominant est constitué par les crises épileptiformes.

Mais le facies, la trémulation des lèvres, de la langue, les hallucinations mobiles et transitoires, l'insomnie, les troubles digestifs enfin, permettent d'affirmer le diagnostic.

Rappelons encore que c'est un malade qui a eu une pleurésie, et que la première crise d'épilepsie est survenue peu de temps après la guérison de cette pleurésie.

Voyons si les constatations anatomiques peuvent nous donner la clé de l'évolution clinique.

L'autopsie est pratiquée 40 heures après la mort.

Les *poumons* sont adhérents sur presque toute leur étendue. Mais les adhérences sont surtout prononcées au sommet gauche. Pas de liquide dans la plèvre. Au sommet gauche, le poumon est induré. A la coupe, on trouve du tissu sclérosé, des lésions d'emphysème mais pas de tubercule.

Le *péricarde* contient un peu de liquide séreux. Le *cœur* (325 gr.) ne présente d'autre intérêt que de l'athérome mitral. Le *foie* volumineux (1800 gr.) est gras. Les deux *reins* (340 gr.) sont normaux, la *rate* (140 gr.) est normale ainsi que les *capsules surrénales:*

Déjà on peut conclure à une bacillose probable, ayant laissé des traces au poumon gauche, en train de favoriser l'évolution d'une cirrhose alcoolique du foie.

A l'ouverture du crâne, les *méninges* apparaissent très vascularisées.

La dure-mère étant incisée, il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Les espaces sous-arachnoïdiens sont remplis de liquide, si bien que le cerveau est turgescent, comme imbibé de liquide. La méningite séreuse diffuse est manifeste à la convexité des hémisphères cérébraux. Par contre la région basilaire est intacte.

L'examen macroscopique du *cerveau* permet de constater la présence de tubercules, à point de départ méningé, qui se sont développés dans la substance cérébrale. Ces tubercules occupent une région assez limitée du lobe frontal gauche, à la partie moyenne de la 1re et de la 2e circonvolution frontale et de la frontale interne. Les plus développés ont le volume d'un gros pois, d'autres celui d'un grain de chénevis ou d'un grain de millet.

Il a été possible d'observer 4 gros tubercules (un dans la 2e frontale, deux dans la 1re, un dans la frontale interne) et plusieurs tubercules miliaires, ceux-ci dans la frontale interne. Tous sont en rapport avec la méninge ; ils affleurent donc à la surface de la corticalité, ou se rencontrent dans les sillons qui séparent les replis des circonvolutions.

Dans ce dernier cas, il arrive que plusieurs tubercules se sont formés au même point, de part et d'autre du sillon, englobant les vaisseaux de la pie-mère, dont on retrouve les traces sur les coupes histologiques.

Des coupes fines ont été pratiquées en vue de l'examen histologique, — et colorées par les différents procédés en usage, — d'abord dans la région des tubercules, et ensuite sur plusieurs autres points de la corticalité. Il était en effet intéressant de se demander, en présence d'une lésion aussi étroitement localisée, non seulement de quelle manière les différents éléments du cortex avaient pu être modifiés au voisinage immédiat de la lésion, mais encore si le processus pathologique n'avait pas étendu son action à des régions plus éloignées.

I. — *Modifications des méninges et de la substance corticale au voisinage des tubercules.* — 1° *Méninges.* — Lorsque la coupe passe par un tubercule, on voit nettement que celui-ci a son point de départ dans la pie-mère, dont le tissu, épaissi et chargé de lymphocytes, se continue directement avec la couche externe du tubercule. A ce niveau, les vaisseaux pie-mériens englobés dans la zone lymphoïde sont en voie de désintégration, et ont laissé épancher du sang dans toute cette zone.

Un peu plus loin, la méninge molle est épaissie, distendue par l'œdème ; elle a perdu sa structure normale et est constituée par un tissu conjonctif jeune, fortement colorable par le liquide de Van Gieson et rempli de leucocytes variés. Au niveau des tubercules, ce sont presque exclusivement des lymphocytes, mais plus loin on peut observer différentes variétés de mono et de polynucléaires. Une des formes les plus répandues est constituée par de grands éléments à protoplasme finement granuleux et bien colorable, avec un noyau petit et arrondi se colorant intensément par les colorants nucléaires, situé le plus souvent excentriquement au milieu d'un espace clair. Ces éléments possèdent souvent deux ou trois noyaux entourés chacun d'une petite zone claire, et en outre on voit souvent dans le protoplasma un autre corps figuré, irrégulier et ayant une apparence nucléaire, quoique moins colorable que le noyau proprement dit. On n'y observe pas de cellules plasmatiques.

Malgré l'importance de cette infiltration leucocytaire, la recherche du bacille de Koch dans la pie-mère a été négative. On n'y trouve pas de formations tuberculeuses proprement dites, folliculaires ou autres, et ses vaisseaux ne sont pas altérés.

2° *Tubercule cérébral.* — La coupe d'un tubercule présente à considérer les 3 trois zones caractéristiques de tout follicule tuberculeux :

a) A l'extérieur, une couche de lymphocytes, qui, comme nous l'avons vu, est en rapport avec la méninge, et se montre parsemée de vaisseaux et de petits épanchements sanguins ; elle est infiltrée de tissu scléreux dans les tubercules les plus anciens.

b) Une zone de tissu épithélioïde, avec des cellules géantes, quelques-unes très volumineuses. La présence de bacilles de Koch, qui a été contestée par quelques auteurs pour les tubercules cérébraux, peut être ici facilement constatée dans la zone de tissu épithélioïde, au moyen de la méthode de Ziehl. Dans un tubercule (1re frontale), ces bacilles se rencontrent principalement dans la partie profonde, la plus éloignée de la méninge. Dans un autre (2e frontale), il est impossible d'en observer ; mais comme il s'agit certainement d'un tubercule plus ancien, ainsi que le prouve la présence d'une zone de sclérose fibreuse ayant limité extérieurement son extension, on peut supposer que les bacilles ont déjà disparu par phagocytose.

c) Enfin, une vaste zone de nécrose occupe toute la région centrale du tubercule ; elle est constituée par une masse amorphe, fortement colorable par les colorants acides, et faiblement par les colorants basiques, dans laquelle sont disséminés des granulations et des corpuscules irréguliers prenant les colorants chromatiques ; ces éléments représentent les débris de la chromatine des cellules détruites. Dans cette zone, surtout vers la périphérie, on remarque encore des vaisseaux en état de dégénérescence vitreuse ; mais elle se présente toujours sous l'aspect d'une masse compacte, même dans les plus grands tubercules ; il n'y a jamais fonte et destruction : c'est la nécrose sèche, particulière à la substance cérébrale.

3° *Tissu nerveux.* — Immédiatement en dehors du tissu lymphoïde, la structure du tissu nerveux apparaît nettement ; ses différents éléments, tout d'abord modifiés, reprennent très vite leur aspect ordinaire, même à une faible distance du tubercule. Il est remarquable de constater le peu de retentissement que le développement d'une lésion aussi importante qu'un tubercule, qui a détruit une partie de la substance cérébrale, exerce sur les parties voisines.

a) *Cellules nerveuses.* — Au contact même du tubercule, les cellules nerveuses sont déformées et atrophiées, comprimées latéralement, les cellules pyramidales se colorent fortement et uniformément par le Nissl, l'hématéine ou l'hématoxyline au fer ; il devient impossible de distin-

guer les éléments protoplasmiques, et même quelquefois le noyau. Entre les cellules nerveuses on voit encore beaucoup de lymphocytes. Un peu plus loin, elles présentent, comme dans les régions très éloignées de la lésion, quelques altérations d'encéphalite. Par la méthode de Nissl, un certain nombre de cellules pyramidales présentent un protoplasma peu colorable ou vacuolaire, avec disparition des corps chromatophiles et présence de pigment, leur noyau est excentrique ; quelques-unes sont entourées de petites cellules neurophages.

b) *Fibres nerveuses.* — Les fibres rayonnantes ne sont modifiées qu'au contact du tubercule. Sur les parties latérales, où elles ont été écartées, refoulées, elles se montrent seulement plus serrées les unes contre les autres. Mais du côté de la profondeur, on les voit s'arrêter à la limite du tubercule ; à ce niveau elles sont gonflées, variqueuses, brisées, leurs fragments étant séparés par des groupes de lymphocytes. On peut en voir des débris jusqu'au milieu de la zone lymphoïde, à l'aide de la méthode à l'hématéine de M. Nageotte, qui colore les fibres en bleu et les noyaux des lymphocytes en noir.

Y a-t-il à proprement parler destruction des fibres nerveuses ? C'est ce qu'on ne saurait affirmer puisqu'il s'agit de leur portion terminale et que, par conséquent, il est impossible d'étudier les lésions de dégénérescence. On sait d'autre part que les tubercules de la moelle n'interrompent pas le trajet des fibres nerveuses, mais les refoulent à leur périphérie. Et il est souvent remarquable de ne constater aucune dégénérescence wallérienne, dans des cas de volumineux tubercules, qui semblent ne laisser libre qu'un espace insuffisant pour permettre à toutes les fibres nerveuses de passer.

Cependant, nous avons tendance à admettre que les fibres nerveuses étaient détruites. L'aspect moniliforme qu'elles présentent à leur extrémité souvent terminée par une petite dilatation, comme si la fibre était venue butter contre le tubercule, les débris de fibres que l'on trouve dans les régions périphériques du tubercule, sont des arguments en faveur de notre opinion.

Disons encore que, dans la zone superficielle, le réseau d'Exner est altéré. Les fibres tangentielles sont clairsemées, segmentées, moniliformes, quelques-unes fortement augmentées de volume.

c) *Névroglie.* — Autour du tubercule, il n'y a pas à proprement parler de sclérose névroglique ; les petites cellules qu'on y rencontre paraissent être surtout d'origine leucocytaire. Mais la zone superficielle de l'écorce présente une réaction névroglique, assez intense au niveau du lobe frontal. La couche des fibres sous-pie-mériennes est épaissie ; ces fibres sont serrées, groupées en faisceaux parallèles, ondulées ; il s'en détache de nombreuses fibrilles qui s'enfoncent perpendiculairement assez loin dans la substance grise. Dans la zone sous-jacente, on voit de nombreuses cellules-araignées ou astrocytes, dont le protoplasma est chargé de granulations pigmentaires colorables en jaune brun par la méthode de M. Lhermitte et pourvues de fibres rayonnantes qu'on peut suivre loin de leur point d'origine.

Outre cette prolifération de la névroglie, il faut encore signaler une altération d'un certain nombre d'astrocytes, qui est très bien mise en évidence sur les pièces ayant séjourné quelque temps dans le liquide de Muller, et colorées ensuite soit par la méthode à l'hématoxyline au fer d'Heidenhain, soit par l'hématoxyline de Weigert. Après mordançage à l'alun de fer, on voit alors, à côté des cellules-araignées normales, des cellules altérées. Les premières ont un protoplasma étoilé, coloré en gris, finement granuleux, duquel partent des fibres rayonnantes colorées en noir, ainsi que le noyau. Les secondes, hypertrophiées globuleuses, ayant de 15 à 20 μ de diamètre, ont subi une sorte de dégénérescence colloïde ; leur protoplasma coloré en jaune pâle est homogène, non granuleux ; elles ne paraissent plus en rapport avec des fibres. On peut observer d'ailleurs toutes les formes de passage entre ces cellules hypertrophiées dépourvues de fibrilles et les astrocytes normaux.

II. — *Modifications des méninges et de la corticalité hors de la région.* — 1° *Méninges.* — En général, la méninge molle accuse une réaction intense. En beaucoup de points, surtout dans l'hémisphère gauche (1re temporale, pariétale ascendante), elle est épaissie, sclérosée, les espaces sous-arachnoïdiens sont gonflés par l'œdème avec épaississement des travées. Partout la pie-mère se montre infiltrée de leucocytes, surtout de lymphocytes et des grands éléments dont il a été question plus haut. Dans l'hémisphère droit, elle est moins épaissie, sauf au niveau des sillons, où l'on voit un œdème assez prononcé, mais l'abondance des leucocytes indique la généralisation du processus inflammatoire. Il n'a pas été trouvé de cellules plasmatiques, ni de bacilles de Koch, dans les méninges.

Les vaisseaux qui pénètrent dans la corticalité sous-jacente sont normaux ; on remarque seulement quelques leucocytes dans leur gaine.

2° *Tissu nerveux.* — Les altérations de la substance grise sont également généralisées aux deux hémisphères. Ce sont des lésions d'encéphalite au début, portant principalement sur les zones superficielles. Au Nissl, on trouve un certain nombre de cellules pyramidales altérées, présentant les modifications décrites plus haut, mais il existe encore un certain nombre de cellules normales.

Les fibres tangentielles, quoique plus nombreuses et moins altérées que celles du lobe frontal, sont encore segmentées, quelques-unes gonflées et moniliformes.

La prolifération névroglique superficielle existe aussi, presque aussi intense que dans la région des tubercules ; on voit encore beaucoup d'astrocytes, mais les cellules hypertrophiées, globuleuses, sont plus rares. Le pigment jaune brun s'y rencontre également, aussi bien dans les cellules névrogliques que dans les gaines lymphatiques des vaisseaux.

Les vaisseaux de la profondeur paraissent normaux.

En résumé, l'examen histologique permet d'établir les faits suivants :

1° La présence de tubercules avec réactions périphériques très limitées du tissu nerveux ;

2° Une réaction méningée importante au voisinage de ces tubercules, consistant en un épaississement de la pie-mère, avec prolifération abondante de leucocytes, surtout de lymphocytes, et distension œdémateuse des espaces arachnoïdiens ;

3° Une réaction méningée assez considérable à distance, sur les deux hémisphères, caractérisée principalement par l'infiltration leucocytaire ;

4° Enfin, une réaction encéphalitique également diffuse, sans participation des vaisseaux au processus inflammatoire en dehors de la région des follicules.

Donc, dans le cas présent, il existe à la fois des tubercules isolés et une méningo-encéphalite généralisée qui ne porte pas la signature de la tuberculose.

***

Cette étude nous permet d'envisager quelques-unes des

conditions dans lesquelles apparaissent les troubles psychiques chez les alcooliques. Elle nous renseigne sur la constitution du syndrome delirium tremens, d'autre part sur les modalités des troubles psychopathiques résultant d'une tuberculose cérébrale avec retentissement méningo-encéphalitique.

Il faut distinguer chez les alcooliques des lésions dues à l'intoxication lente, lésions vasculaires de la substance corticale caractérisées par une hyperplasie du tissu conjonctif avec dégénérescence granulo-graisseuse, infiltration des gaines lymphatiques par des granulations pigmentaires, atrophie des cellules pyramidales, scléroses méningées, particulièrement pie-mériennes, et des lésions à évolution aiguë qui caractériseraient particulièrement le delirium tremens. Les vaisseaux sont congestionnés entourés d'une zone œdémateuse et de leucocytes ou de globules rouges diapédésés. Le processus inflammatoire est surtout accusé dans les régions superficielles de l'écorce.

Les cellules nerveuses sont dégénérées,les grains chromatiques ont disparu et la cellule prend une teinte plate, bleu pâle au Nissl. Parmi les causes, il faudrait faire la plus grande part à l'auto-intoxication due à l'insuffisance hépatique le plus souvent, rénale quelquefois, et même peut-être résultant de lésions des glandes à secrétion interne (Schmiergeld). Disons enfin que pour d'autres auteurs, les vaisseaux cérébraux, du fait de leurs altérations ne peuvent plus assurer l'élimination des produits de désassimilation de la cellule cérébrale,d'où auto-intoxication des centres nerveux. Chez notre malade, ce qui prédominait, en dehors des tubercules, c'est la réaction méningo-encéphalitique aiguë sans doute d'origine hypertoxique.

Nous devons rechercher quelle en est la signification.

La constatation de nombreux tubercules en évolution aurait pu faire songer à l'existence d'une méningite tuberculeuse non folliculaire — rentrant dans les tuberculoses atypiques. L'absence de bacilles sur toutes nos préparations nous conduit à penser que telle n'est pas l'origine de la réaction méningée.— S'agissait-il d'une méningite toxi-alcoolique ? Nous ne le pensons pas.

En outre que les méningites alcooliques sont rares, elles s'observent plutôt chez les enfants atteints de polynévrite et s'accompagnent souvent de lésions méningitiques hémorrhagiques ; Il nous semble donc plus rationnel d'attribuer les lésions méningitiques aiguës à l'auto-intoxication tuberculeuse et de considérer que si l'alcoolisme chronique a préparé le terrain, c'est la diffusion des poisons tuberculeux émanés des tuberculomes cérébraux qui est la cause de la méningite.

Ainsi chez ce malade les tubercules cérébraux avaient été relativement bien supportés pendant plusieurs semaines, il faut cependant bien admettre que leur présence dans les lobes frontaux avait provoqué la phase d'excitation cérébrale qui s'était traduite par la loquacité, une activité exagérée et les crises d'épilepsie ; c'est seulement, à notre avis, quand la méningo-encéphalite a pris le caractère aigu que le tableau clinique du délire alcoolique a fait son apparition. Ce dernier peut être, à [notre avis, considéré comme un syndrome, qui constitue le mode de réaction habituelle des alcooliques à l'égard de toute cause d'excitation de leur corticalité. Parfois la cause est passagère, il n'y a que des troubles fonctionnels répondant à des modifications légères de la corticalité, d'autres fois il s'agit d'altérations plus profondes : telles sont les encéphalo-méningites des fièvres (pneumonie, fièvre typhoïde, etc.) ; dans notre cas c'est la méningo-encéphalite toxi-tuberculeuse qui doit être mise en cause. En dehors de l'intensité du délire aigu, qui en lui-même comporte un pronostic plus ou moins grave, la cause de celui-ci doit donc être prise en considération pour porter un pronostic au lit du malade.

De toutes façons, ce cas nous a semblé instructif, car il montre la longue tolérance de lésions graves des lobes frontaux telles que des tuberculomes multiples. Il est curieux toutefois de noter que leur présence ne paraît s'être traduite que par une exagération excessive de la cérébralité de cet homme, qui se montra un des orateurs les plus violents des réunions de grève, conservant encore une cohérence suffisante dans les idées pour ne pas apparaître comme atteint de manifestations pathologiques. L'intégrité relative des fibres et des cellules de la corticalité au voisinage de ces lésions tuberculeuses en foyer explique cette absence de symptômes morbides. En revanche, quand les lésions méningées ont diffusé et que la corticalité, d'une façon générale, a subi l'action des poisons répandus à sa surface. la confusion mentale avec son cortège d'accidents délirants a fait son apparition. Ce syndrome est en effet l'expression d'altérations diffuses de l'écorce supprimant le contrôle des centres les uns sur les autres ou leurs synergies fonctionnelles.

Les divers aspects de la mentalité de notre malade nous semblent donc s'expliquer par nos constatations anatomiques.

La réaction de Porgès chez les idiots et les aliénés ;

Par

M. OLIVIER et J. PELLET

Médecin-adjoint Interne

à l'Asile public d'aliénés de Blois.

Parmi les nombreuses méthodes qui ont été essayées pour déceler dans le sérum des syphilitiques les substances particulières qui s'y développent — substances hémolytiques et précipitantes dues au tréponème — la méthode de Wassermann est indiscutablement la plus précise, celle qui possède le plus de valeur pratique. Mais la réaction de Wassermann est de technique très délicate, elle nécessite un matériel très spécial, et aussi des observateurs qui soient en même temps des expérimentateurs exercés ; aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'un vaste champ d'expériences, mais avec des moyens d'investigation restreints, on est souvent obligé de recourir à des méthodes plus imprécises, moins spécifiques, mais aussi de technique plus simple. On peut choisir entre différentes méthodes (1) souvent simplifiées

(1) I. *Méthodes biologiques :*
Procédé de Noguchi.
Procédé de Bauër.
Procédé de Foix.
Procédé de Bayby.
Procédé de Forget et Cherchewski-Hecht.
Procédé de Tschernogubow.
II. *Méthodes bio-chimiques.*
Procédé de Levaditi et Yamamouchi.
Procédé de Sachs et Rondoni.
III. *Méthodes chimiques.*
Procédé de Forget et Cherchewsky.
Procédé de Porgès.
Procédé de Klausner.
Procédé de Noguchi.
Procédé de Schurman.
Classification tirée de Gaston et Girauld : *Diagnostic de la syphilis et séro-diagnostic.*
Il faut ajouter aux méthodes biologiques la méthode de Sabrazès et Kennet-Eckenstein, et aux méthodes chimiques, la méthode de Hammerstein.

à l'excès, comme la méthode de Klausner, d'Hammerstein, de Tschernogubow, et d'autres plus précises : celle de Porgès, de Bauër, de Foix, de Noguchi et Moore, de Sabrazès et Kennet-Eckenstein, par exemple. Les deux derniers procédés se rapprochent beaucoup comme technique de la méthode de Wassermann.

Les résultats intéressants rapportés par MM. Le Sourd et Pagniez le 10 juillet 1909, à la Société de Biologie, et exposés ensuite à différentes reprises dans la *Gazette des hôpitaux* ont appelé l'attention des praticiens français sur la réaction de précipitation de Porgès qui avait surtout été étudiée jusqu'ici en Allemagne. Les auteurs allemands Fritz et Kren, Noble et Arzt avaient trouvé le Porgès positif dans 81.8 % de cas de syphilis ; Swartzwald, 63.8 % ; MM. Le Sourd et Pagniez ont trouvé une réaction positive avec une fréquence de 83 % chez les syphilitiques avérés ; Joltrain, sur 12 cas de syphilis, a trouvé 11 cas positifs. Enfin, récemment, Beaussart, sur 50 cas de paralysie générale, a eu 23 réactions positives ; soit une proportion de 46 %.

La technique de la réaction de Porgès est excessivement simple et rapide ; elle est basée sur la combinaison des substances hémolytiques et précipitantes du sérum ou du liquide céphalo-rachidien avec certains lipoïdes. Le temps principal de la réaction consiste en la mise en présence du sérum ou du liquide céphalo-rachidien suspect, préalablement centrifugé et inactivé, avec une solution de glycocholate de soude à 1/100. Il est facile d'obtenir une solution de glycocholate limpide et transparente en faisant la solution à chaud et en employant de l'eau distillée. Pour recueillir le sang, la ponction de la médiane céphalique réalise le maximum d'asepsie ; mais pour des sujets facilement impressionnables et difficiles à immobiliser, comme les enfants et les aliénés, la ventouse de Bier est d'un maniement beaucoup plus facile, plus rapide et moins dangereux (1).

Nos recherches ont porté sur 50 sérums d'idiots et d'aliénés, et l'on peut ainsi répartir les résultats :

	Sérums examinés	Réactions positives	Résultats négatifs	Pourcentage des réactions positives
Idiots	24	14	10	58.7
Paralysie générale	6	5	1	83.3
Démence précoce	7	2	5	30.00
Démence épileptique	8	1	7	
Psychoses diverses	5	3	2	
Total	50	25	25	50.00

Swartzwald a trouvé la réaction positive dans 15 cas sur 18 d'hérédo-syphilis ; mais bien qu'on ne doive pas attribuer une rigueur excessive à notre pourcentage en raison du nombre trop faible d'expériences, la quantité des réactions positives chez nos idiots, 14 sur 24 sérums examinés, arrête immédiatement l'attention. Il n'y a que deux idiots sur lesquels il ait été recueilli des renseignements précis et positifs touchant la syphilis paternelle ; les 12 autres résultats positifs concernent des idiots au-dessous de 13 ans chez lesquels on ne possède que des renseignements vagues et insuffisants pour qu'il soit permis d'étayer le diagnostic clinique uniquement sur les dystrophies constatées sur la plupart d'entre eux. Il est intéressant, avant de discuter ces résultats, de se reporter à diverses statistiques qui ont été fournies concernant les rapports de la syphilis héréditaire et de l'idiotie (1).

Wildermuth	12 %	des idiots. hérédo-syphilitiques
Ziehen	10 %	— — -syphilis certaine
	12 %	— — — probable
Binswanger	9,5%	— — -syphilitiques
Brown	2 %	— — —
Schuttleworth	0,3%	— — —
Heubner, König		hérédo-syphilis fréquente
Bourneville	sur 2.702 garçons	— 20 cas hér.-syph. cert. 0,75 %
	sur 482 filles	— 2 cas — — 0,41 %
Heyne	1,4%	
Down, Wachsmuth	0 à 2%	

Aucune de ces statistiques n'atteint le pourcentage de 20 % ; des recherches ont été effectuées avec l'aide de la réaction de Wassermann. Les unes fournissent des taux sensiblement supérieurs ; Raviart et ses collaborateurs (2) établissent la proportion de 34.7 % d'après des observations qui ont porté sur 86 idiots ; ils ont obtenu 30 réactions positives ; par contre Kellner (3), sur un total de 216 idiots trouve seulement 16 cas positifs, soit 7.40 % ; de même Lippmann (4) n'obtient une réaction positive que dans 13 % des cas (5).

Notre proportion de 58.7 % paraît donc exagérée ; mais elle peut recevoir une explication, ou plutôt une interprétation plus rationnelle et probablement plus vraisemblable. Le Sourd et Pagniez déclarent que la réaction de Porgès s'obtient « avec une fréquence regrettable quand on opère sur le sérum de certains malades, des tuberculeux, des cachectiques en particulier » ; Fritz et Kren, Nobl et Artz (6) ont également trouvé que des sérums tuberculeux, pneumoniques, ictériques, ont réagi de façon positive. Or nos sujets ont pour la plupart un état physique assez précaire ; ce sont des malheureux qui vivent dans la torpeur et l'inertie, et l'on sait la facilité avec laquelle sévissent chez eux les bronchites à répétition et les entérites (a). Sollier (7) constatait en 1894, après avoir examiné les statistiques des décès produits en 12 ans dans le service des idiots et épileptiques de Bicêtre, que le plus grand nombre sont morts de consomption, ou plutôt qu'ils ne meurent pas, mais qu'ils cessent de vivre, suivant une

(1) La technique est décrite minutieusement par plusieurs auteurs :

Gastou et Girault. — Diagnostic de la syphilis, 1910.

Joltrain — Nouvelles méthodes de séro-diagnostic, 1909.

Pagniez et Le Sourd. — Valeur diagnostique de la réaction de Porgès dans la syphilis. *Gaz. des Hôpitaux*, 11 novembre 1909.

Pagniez et Le Sourd. — La réaction de Porgès dans la syphilis et le tabès. *Gazette des hôpitaux*, 21 juillet 1910.

MM. Le Sourd et Pagniez donnent également un historique très complet de la réaction.

(1) Tableau extrait de Marchand : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale* et complété d'après certains travaux allemands parus plus récemment et cités plus loin.

(2) Raviart, Breton, Petit, Gayet, Cannac. — La réaction de Wassermann dans les arrêts de développement des facultés intellectuelles. *Revue de médecine*, vol. 28, 1908.

(3) Kellner, Clementz, Bruckner et Reutenberg. — La réaction de Wassermann dans l'idiotie, in *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 21 oct. 1909.

(4) H. Lippmann. — Ueber den Zusammenhang von Idiotie und syphilis, in *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 23 novembre 1909.

(5) Voir aussi à ce sujet : Plaut — La réaction de Wassermann pour le diagnostic de la syphilis héréditaire ou acquise du système nerveux. *Congrès annuel des neurologistes allemands*, 1908. *Encéphale*, 10 novembre 1908.

Beaussard. — Etiologie de la paralysie générale et syphilis expérimentale. *Archives de neurologie*, oct. 1909.

(6) Fritz et Kren. — Sur la valeur de la séro-réaction de la syphilis d'après les méthodes de Porgès-Meier et de Klausner. *Wien. klin. Woch.* 1908.

(a) Toutefois le diagnostic clinique précoce de la tuberculose présente beaucoup de difficulté chez les idiots. Ces malades ne se plaignent pas, respirent mal, et il est généralement impossible de se procurer leurs expectorations. Peut-être l'ophtalmo-réaction et la dermo-réaction seraient susceptibles de préciser le diagnostic.

(7) Sollier. — L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique. *Archives de neurologie*, 1894, t. 27.

expression de Ball. Berkhaù (1), dans une étude sur les idiots de la ville de Brunswick, constate également que si l'idiot ne meurt pas dans les premières années par suite d'attaques convulsives, c'est la tuberculose qui amène la mort à un âge plus avancé ; et Wolf (2) trouve sur 138 idiots et idiotes décédés, 110 tuberculeux, soit une proportion de 79.7.

Enfin il est intéressant de rappeler à ce sujet les recherches d'Anglade et Jacquin (3) sur les rapports de l'hérédo-tuberculose avec les idioties congénitales ; ces auteurs ont trouvé dans une proportion de 57.1 % des antécédents héréditaires franchement tuberculeux chez les idiotes. Il faut donc être très réservé dans l'appréciation des résultats que nous avons énoncés puisque chez les idiots des facteurs autres que la syphilis héréditaire peuvent être incriminés.

Sur les 6 paralytiques généraux que nous avons examinés, il y a quatre cas où la syphilis antérieure a été avouée ; nous avons eu 5 réactions positives ; le cas négatif, il est vrai, est celui d'un malade âgé de 42 ans qui avoue avoir eu la syphilis il á quinze ans. Porgès (4) avait trouvé sur 10 cas de ce genre 4 réactions positives ; Swarthzwald (5) sur 43 paralytiques généraux a eu 14 réactions positives ; enfin, c'est en opérant sur le liquide céphalo-rachidien de 50 paralytiques généraux que Beaussart (6) a trouvé les 26 réactions positives que nous avons citées précédemment.

Dans différentes psychoses, nous avons examiné 20 sérums (démence précoce, démence épileptique, paralysie générale, psychose maniaque dépressive) ; nous avons enregistré 6 résultats positifs, soit une proportion de 30 %. Parmi ces derniers résultats, nous mentionnerons la réaction nettement positive fournie par le sérum d'une femme de 31 ans, atteinte de confusion mentale, et qui a eu la syphilis il y a 9 ans.

Au cours de cette brève recherche, deux questions ont été effleurées simultanément : 1° la fréquence de la réaction de Porgès dans la syphilis et l'hérédo-syphilis ; 2° les rapports de la syphilis et de l'hérédo-syphilis avec les idioties congénitales et l'aliénation mentale. — Il serait audacieux étant donné un nombre d'épreuves aussi faible, de vouloir tirer des conclusions rigoureuses ; tout ce que nous pouvons dire au sujet de la première question, c'est que, sur 8 sérums de syphilitiques avérés, il y a eu 7 réactions positives. — Il faut être aussi réservé quant au second problème, d'abord parce que le choix de nos malades n'a pas été impartial et que ceux qui ont été soumis à l'épreuve de Porgès présentaient la plupart, les idiots surtout, certaines dystrophies qui pouvaient être imputées à l'hérédo-syphilis ; et ensuite, parceque, nous l'avons développé plus haut, la tuberculose n'est probablement pas étrangère à certains résultats positifs chez des sujets qui sont pu ne pas être touchés par le tréponème.

(1) Berkhau. — Les idiots de la ville de Brunswick. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiâtrie*, 1880.

(2) Wolf. — Bemerkung über das Vorkommen von Tubereulose in *Idiote nanstalten. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. XLIX, Bd. V. cité in Anglade et Jacquin.

(3) Anglade et Jacquin. — Hérédo-tubereulose et idioties congénitales. *Encéphale*, février 1907.

(4) Cité *in* Le Sourd et Pagniez.

(5) Cité *in* Le Sourd et Pagniez.

(6) Le liquide céphalo-rachidien de la paralysie générale. *Progrès médical*, septembre 1910.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La gymnastique de l'esprit

Dernièrement, j'entendais proclamer par un lettré que l'enseignement du latin est une excellente gymnastique de l'esprit. Cette affirmation me donna à réfléchir. Sans doute il en est de l'esprit comme du corps : tout ce qui l'exerce constitue pour lui une gymnastique, qu'il s'agisse de science, d'histoire, de géographie, de langues savantes ou mortes, de grammaire... Mais quelle est la meilleure gymnastique ?

Ici chacun prêche pour son saint. Nos ancêtres du moyen âge, qui raisonnaient en barbara et en baralypton, estimaient ces exercices syllogistiques une merveilleuse gymnastique de l'esprit. Il n'est pas jusqu'aux joueurs d'échecs, aux devineurs de rébus et aux collectionneurs de timbres-poste qui n'affirment que leur passe-temps favori constitue une bonne gymnastique de l'esprit.

Tous ont à la fois tort et raison. Il en est de la gymnastique de l'esprit comme de celle du corps. Les uns n'admettent que la gymnastique aux agrès, les autres le football, ceux-ci n'apprécient que le canotage, ceux-là la lutte. Aucun ne pense que le choix doit varier suivant le but à atteindre. Tel exercice qui convient parfaitement à un sujet est mauvais pour un autre. Tel enfant longiforme sera fatigué et déformé par les agrès, qui excellera à la nage. Pour pratiquer la lutte avec succès, il ne faut pas seulement être vigoureux, il faut avoir du poids. Tel fervent de sport qui s'essouffle facilement et a des palpitations risquera sa santé et même sa vie s'il prend part aux épreuves de la course de vélocité. Pour exercer ses muscles, un podagre doit se contenter des appareils de Zander et du massage.

En ce qui concerne la gymnastique intellectuelle, nous trouvons les mêmes errements. De malheureux enfants sont condamnés à étudier des langues mortes aux beautés desquelles ils restent insensibles, d'autres pâlissent sur les mathématiques sans arriver à les comprendre. Ceux-ci aiment l'histoire naturelle qu'ils n'apprendront qu'à la fin de leurs études, ceux-là ont du goût pour le dessin et on ne leur en fait point faire.

Consulter les aptitudes de l'enfant est la chose dont les pédagogues se soucient le moins. S'ils étaient pénétrés de cette vérité que la gymnastique mentale, comme celle physique, doit varier suivant les individus, un grand progrès serait réalisé.

Dr Félix Regnault.

ERRATUM

Dans le dernier « Bulletin du *Progrès médical* » (1) nos lecteurs auront sûrement complété une phrase où un mot manquait.

Du fait d'une omission on pouvait lire : « Les ont mieux à faire, etc. ». La phrase complète était évidemment : « Les médecins ont mieux à faire, etc. ».

(1) A travers des « Esquisses et opinions » par P. Cornet, 19 nov. 1910, p. 627.

PSYCHIATRIE PRATIQUE

—

Eléments de médecine mentale;

Par J. LÉVY-VALENSI

Parmi les sciences médicales, la psychiatrie a toujours été et est encore l'une des plus ignorées de la masse des médecins.

Les cliniciens les plus distingués sont fréquemment d'une ignorance regrettable des éléments les plus simples de la médecine mentale. Faut-il voir dans cette ignorance la crainte d'entreprendre des études trop lointaines des connaissances habituelles du médecin ? On a trop l'habitude, dans les milieux médicaux, de considérer la psychiatrie comme une science hypothétique, voire même chimérique. Pour certains, la psychiatrie serait comme la métaphysique de la médecine.

Cependant aujourd'hui que les méthodes anatomo-cliniques et biologiques montrent de plus en plus l'assimilation des processus morbides de l'esprit aux processus analogues du corps humain, le médecin n'a plus le droit de se désintéresser de la psychiatrie. Les aliénés ne relèvent pas de la philosophie ; ce sont des malades comme les autres, ils appartiennent à la médecine, et il est indispensable que le médecin les connaisse.

Nous n'avons nullement besoin d'insister sur le côté pratique de l'étude de la psychiatrie. Tout médecin a été au moins une fois pendant sa carrière, embarrassé par un diagnostic de maladie mentale ; il est cependant important de prendre en cette matière des résolutions où la responsabilité du médecin est engagée ; faut-il laisser tel malade à la tête d'une entreprise financière, ou autre ? faut-il le faire surveiller ? faut-il le faire interner ? Voilà autant de questions que nous posent les familles.

Puis c'est la rédaction du certificat avec ses risques. Dans les grandes villes, certains médecins se tirent d'affaire en envoyant le malade à l'hôpital ou en appelant un consultant ; mais dans les petites villes ? à la campagne ?

C'est surtout à ces médecins praticiens isolés que la direction du *Progrès Médical* a pensé lorsqu'elle nous a fait le très grand honneur de nous confier la rédaction de ces éléments de psychiatrie (1).

Nous nous efforcerons de nous limiter ici à des choses simples et utiles, laissant de côté les hypothèses et les doctrines.

Après avoir brièvement exposé la méthode nécessaire pour examiner un malade en psychiatrie, nous passerons successivement en revue les syndromes mentaux d'abord puis les maladies mentales ; nous terminerons par quelques considérations sur la conduite à tenir envers les aliénés (thérapeutique, législation).

EXAMEN D'UN MALADE EN PSYCHIATRIE.

Pour l'étude d'un malade atteint de troubles mentaux, il existe deux méthodes d'investigation ou mieux deux étapes de cette investigation aussi importantes l'une que l'autre : l'interrogatoire de l'entourage, l'interrogatoire et l'examen du malade.

(1) Notre Maître le Pr Gilbert-Ballet a commencé le 9 novembre une série de 12 leçons qui se feront à la Faculté et à l'asile clinique et qui seront consacrées « aux notions élémentaires de psychiatrie indispensables au praticien »

I.— *Interrogatoire de l'entourage.*

En matière de médecine mentale, les renseignements fournis par les familiers sont extrêmement précieux.

Les dires du malade peuvent faire défaut (mutisme — réticence — excitation — confusion), ils sont toujours sujets à caution.

Les renseignements demandés porteront sur les antécédents familiaux et personnels.

Les *tares psychiques familiales* seront recherchées avec soin, non seulement chez les parents directs (père, mère, frères, sœurs, enfants), mais chez tous les ascendants et les collatéraux connus ; par tares psychiques, nous n'entendons pas d'ailleurs seulement les psychoses confirmées mais même ces simples dysharmonies dites originalités de caractère, excentricités, etc.

On étudiera aussi avec profit ce que Ball et Regis ont appelé les *caractères biologiques de la famille* : la longévité, la mortalité, la vitalité, caractères qui seraient très marqués dans les familles d'aliénés.

Tous ces renseignements permettront quelquefois de remonter à la cause originelle d'un déficit mental.

L'*histoire du malade* avant les premières atteintes du mal sera riche en enseignements. En effet, en médecine mentale, ce sont moins les troubles actuels du psychisme qui sont intéressants que les changements survenus dans ce psychisme.

L'intelligence passée du malade, ses facultés de compréhension, sa mémoire, son degré d'instruction, seront fixés avec soin grâce à la collaboration de la famille. Il sera utile dans certain cas d'avoir des écrits antérieurs à la maladie afin de les comparer aux écrits actuels du malade. L'an dernier, à son cours de clinique, notre maître le Pr Gilbert-Ballet présenta un individu atteint de démence précoce. Ce malheureux, presque réduit à une vie végétative, demeurait accroupi à terre et écoutait d'un air indifférent et avec un sourire béat la lecture de très jolis vers et de judicieuses critiques littéraires qu'il avait écrites quelques années plus tôt. Ce contraste pénible rendait frappant l'état démentiel.

Le caractère habituel, les facultés d'émotivité et d'affectivité passées seront notés avec soin.

Combien de paralytiques généraux manifestent leurs premiers troubles par une affectuosité qui surprend ; d'autre part tous les psychiatres ont insisté sur les modifications du caractère et l'indifférence des déments précoces.

Les *goûts*, les *habitudes* ne seront pas négligés. Telle jeune fille soigneuse et coquette qui se désintéressera de toute élégance, voire de toute propreté, pourra commencer une demence précoce. Les *habitudes religieuses* doivent également attirer l'attention. On sait que des états psychasthéniques ont pu éclore chez des prédisposés à l'occasion de la première communion qui développe la tendance aux idées scrupuleuses. Il faudra aussi se méfier des conversions soudaines, de ceux qui passent sans motifs, comme sans intérêt, de l'extrême indifférence à la plus édifiante piété.

Il est à peine besoin de dire que tous les *incidents de la vie génitale* seront relatés avec soin. Chez l'homme, les premiers rapports auront pu être le point de départ de *phobies, d'obsessions* ; la *masturbation* aura déterminé les *tendances scrupuleuses*, la *phobie de l'impuissance*, etc.

Chez la femme, la *puberté* est souvent l'incident qui déclanche une démence précoce ; les *psychoses de la grossesse*, de la *ménopause*, sont communes. Les *règles* même qui, chez la femme normale, déterminent des modifications du caractère, pourront être l'occasion de manifestations

pathologiques ; enfin l'*aménorrhée* est fréquente au cours des psychoses.

Le *passé pathologique* sera minutieusement exploré, (incidents mentaux,crises convulsives, maladies fébriles, maladies infectieuses, syphilis, alcoolisme, traumatismes, interventions, etc.).

Il est un point souvent difficile à élucider, qui a cependant son importance ; la cause occasionnelle. Le bon sens populaire, rattache fréquemment les troubles mentaux à des émotions ; il ne se trompe pas toujours.

Une frayeur, une grande émotion, douleur ou joie, peuvent être à l'origine de certains troubles. On sait que les premières manifestations de la démence précoce succèdent fréquemment à des déceptions d'ordre sentimental.

L'histoire de la maladie sera enfin également édifiée d'après les dires de l'entourage. On insistera sur la date et le mode de début, sur l'évolution, sur le caractère des manifestations morbides, etc., etc.

Nous avons insisté, à juste titre croyons-nous, sur cette première partie de l'étude du malade ; nous devons ajouter que le médecin n'est pas toujours secondé par la famille.

Sans parler des difficultés dont celle-ci est irresponsable (défaut d'intelligence, d'élocution, manque d'esprit, d'observation), il faut aussi tenir compte de la réticence.

La folie passe encore de nos jours comme une maladie qui ne s'avoue pas ; on cache soigneusement ses fous ; on ne confie pas volontiers même au médecin ses tares familiales.

On avoue aussi peu un aliéné dans sa famille qu'un prisonnier de droit commun. Pinel, en faisant tomber les chaînes des aliénés considérés comme des réprouvés, n'a pas fait tomber le préjugé qui les consacre tels.

Il faut donc que le médecin déploie dans cette partie de l'examen toute la douceur et le tact nécessaires afin que les familles des malades se confient à lui.

II. — Examen du malade. — Lorsque le médecin est mis en présence du malade, il doit commencer par le regarder et par l'écouter; plus tard, il l'examinera et l'interrogera.

Très souvent le premier regard jeté sur le malade, la première phrase qu'il prononce, font faire le diagnostic ou du moins l'aiguillent dans la bonne voie.

Une femme se présente le visage sombre, le front plissé formant *omega*, ses traits expriment la douleur et l'anxiété : le diagnostic de mélancolie s'impose à l'esprit.

Voilà un individu au visage animé ; son vêtement est orné d'oripeaux, il arrive gesticulant, parle sur un ton déclamatoire et ironique : c'est un maniaque vraisemblablement.

Certains malades, indifférents à ce qui les entoure, prêtent une oreille attentive ou regardent avec fixité, ils paraissent *entendre* ou *voir* : ce sont des *hallucinés*.

Il nous serait facile de multiplier les exemples. Mais nous aurons à revenir en détail sur tous ces points à propos des syndromes mentaux.

L'interrogatoire du malade ne sera pas toujours aisé ; c'est là que le médecin devra s'armer de patience. Il faut absolument qu'il conquière la confiance de son malade, ce n'est pas toujours facile. Il lui causera de choses indifférentes pour arriver insensiblement à l'objet de son délire. Ce délire, il doit parfois paraître le partager pour se présenter à son malade comme un allié.

Lorsque le malade parle, il faut doucement diriger l'interrogatoire, se laissant guider par les renseignements déjà obtenus.

La *forme de l'élocution* sera importante à noter (verbigération et salade de mots des maniaques, maniérisme des déments précoces, néologismes des persécutés, etc.).

L'*articulation des mots* sera écoutée attentivement. On sait l'importance de la dysarthrie chez les paralytiques généraux.

Le *fond de l'entretien* fera enfin l'objet d'une analyse judicieuse, il constitue en somme le *fond du délire*. Nous ne saurions insister ici sur les idées délirantes, que nous étudierons plus loin.

Les éléments du délire groupés, il faut en étudier *la charpente*. Le délire est-il ou non *systématisé* ? la *systématisation* est-elle *fragile* ou *solide* ?

Les différentes fonctions psychiques seront ensuite explorées afin de déceler la lacune qui pourra mettre sur la voie du diagnostic.

L'*intelligence* sous toutes ses formes sera éprouvée au moyen de tests variables selon l'éducation antérieure du sujet. On se renseignera sur la *mémoire* (mémoire de fixation d'évocation), sur l'*attention*, sur la possibilité de calculs simples ou complexes, sur la rectitude du jugement, etc.

Les *sentiments affectifs* du malade, l'intérêt qu'il prend à sa situation, à la situation des siens, seront notés.

On fixera d'une façon précise son pouvoir d'*orientation dans le temps et dans l'espace*.

Les *hallucinations* seront précisées et isolées des *illusions* et *interprétations délirantes*, c'est là un travail d'analyse parfois délicat.

Quand le malade ne parle pas, son silence est souvent éloquent.

Le *mutisme* joint à l'habitus extérieur du malade fait souvent poser un diagnostic de confusion mentale, de démence catatonique, de mélancolie.

A côté du mutisme, il faut mentionner la *réticence*. Celle-ci se rencontre le plus souvent dans les délires systématisés de persécution ; elle est fréquente aussi dans les délires religieux et ambitieux.

Chez les délirants systématisés, certaines phrases attirent fréquemment l'attention : « Je n'ai rien à vous dire », « vous le savez mieux que moi », « c'est mon affaire et non la vôtre » etc...

Enfin il faut savoir que certains malades parviennent à dissimuler leurs idées délirantes afin d'arriver à leur but (obtenir leur sortie, se venger, se suicider).

D'une façon générale, l'interrogatoire du malade ne sera pas trop prolongé ; néanmoins lorsqu'on sera arrivé à obtenir une ébauche de confession, il n'en faudra pas remettre la suite au lendemain et profiter d'une occasion qui peut-être ne se représentera plus.

Si l'on peut obtenir du malade une confession écrite, on pourra faire encore d'intéressantes observations : caractères de l'écriture, stéréotypies des lettres et des phrases, etc., etc.

L'examen du malade doit se terminer par l'*examen physique*.

Les *stigmates de dégénérescence* seront recherchés (asymétrie faciale, déformations du crâne, malformations des oreilles, irrégularité des dents, etc., etc.).

L'exploration des différents appareils sera souvent précieuse. On n'oubliera pas chez tous les délirants de dépister l'albuminurie, cause fréquente de psychoses.

La lymphocytose rachidienne, les réactions susceptibles de déceler une syphilis passée, sont autant de renseignements indispensables à obtenir.

Armés de ces quelques conseils pratiques pour l'examen d'un aliéné, nous pouvons aborder maintenant avec profit l'étude des troubles mentaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1910.

Sur la valeur comparée de l'arsenic organique et du mercure dans le traitement de la syphilis. — *M. Gaucher* donne le résultat de recherches sur l'arséno-benzol, poursuivies avec la collaboration de MM. Desmoulières, J. et L. Camus, Joltrain et Jacob.

Il conclut que le 606 ne guérit pas la syphilis mais agit simplement sur certaines de ses manifestations. Il exerce une action manifeste sur les lésions cutanées et muqueuses, surtout sur les lésions de nature ulcéreuse, et sur les lésions superficielles, dans beaucoup de cas, mais non dans tous les cas. Son action est habituellement plus rapide que celle du mercure, mais souvent momentanée. Elle peut être rapidement efficace dans des cas où le mercure avait échoué, mais non dans tous. Certains cas, qui avaient résisté au mercure, ont également résisté à l'arséno-benzol. Le 606 ne possède aucune efficacité et peut même être dangereux dans les lésions viscérales.

L'hectine n'est pas toxique, contrairement au 606, dont quelques centigrammes introduits dans le liquide céphalo-rachidien suffisent pour tuer un chien. Elle peut rendre des services. Son activité est moindre que celle de l'arséno-benzol.

Dans la règle, la médication hydrargyrique doit être conservée. On n'aura recours à l'arsenic organique que dans les cas où le mercure aura échoué. On s'assurera alors que les viscères et le système nerveux sont sains.

M. *Hallopeau* rappelle qu'à son avis le 606 est un médicament dangereux et infidèle. Le nouveau traitement abortif, à la fois local et général, dont il a posé les règles, rendra bientôt inutile toute thérapeutique ultérieure.

Contagiosité de la fièvre de Malte. Nécessité de mesures prophylactiques et de déclaration obligatoire. — MM. *Widal, Cotoni* et *Kindberg* viennent d'observer un exemple de fièvre de Malte à Paris chez leur garçon de laboratoire, qui a manié des cultures de *micrococcus melitensis*. Ce cas prouve une fois de plus l'extrême contagiosité de la maladie et l'urgence des mesures à prendre contre elle.

Dans les laboratoires, il serait bon, pour les séro réactions, de se servir de cultures tuées par des vapeurs de formol. Il faut d'autre part faire comprendre aux populations que l'on doit ne faire usage que de lait de chèvre bouilli. L'importation de chèvres provenant de l'île de Malte doit être prohibée dans les ports français comme elle l'est dans les ports tunisiens. Enfin la nécessité de rendre obligatoire la déclaration des cas de fièvre de Malte s'impose désormais. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1910.

Sclérodermie consécutive à une thyroïdectomie pour goitre exophtalmique grave. — M. *Pauchet* (d'Amiens). — Tout syndrome basedowien qui ne cède pas au traitement médical et tend à progresser doit être opéré.

L'intervention de choix est l'*hémithyroïdectomie*. La résection du sympathique est indiquée dans le cas d'exorbitisme énorme et la *ligature des a. thyroïdiennes* convient aux formes très graves comme premier temps opératoire. L'hémithyroïdectomie secondaire n'est faite que quelques mois plus tard, alors que l'amélioration est manifeste.

L'opération donne 5 % de mortalité et 80 % de guérisons complètes ou relatives.

Notre cas est celui d'une malade âgée de 44 ans. La maladie date de 2 ans et débuta par de l'exophtalmie et des troubles circulatoires ; le goitre apparut quelques mois plus tard. Soigné médicalement, les accidents augmentèrent assez rapidement pour faire craindre une terminaison fatale : goitre asphyxiant, exorbitisme prononcé, pouls 150, œdème des jambes, insomnie, amaigrissement considérable, mélanodermie.

Opération en un temps très rapidement exécutée et dirigée surtout contre l'asphyxie. Ablation du lobe droit plus gros que le poing.

Amélioration rapide : euphorie, engraissement, reprise du métier ; état mental excellent.

Deux mois après l'opération : *douleurs rhumatoïdes* suivies de *syndrome sclérodermique*.

Actuellement à la face, sans rides, la peau est épaissie, dure comme du cuir, ne se plisse plus sur le squelette au niveau des pommettes, de la mastoïde, du front et des tempes. A la main, la sclérodactylie est manifeste ; les dernières phalanges sont fléchies, ankylosées ; la peau est luisante, vernissée, adhérente au squelette.

Cette sclérodermie est-elle due à l'opération ou est-elle spontanée ? Dupré et Guillain ont signalé des cas semblables chez des goitres exophtalmiques non opérés.

Comme il y a peu de temps que le goitre exophtalmique est entré dans le domaine chirurgical, il serait utile de savoir si des accidents semblables ont été signalés.

Ulcère du duodénum. — M. *Souligoux*. — A lire le rapport de MM. Ricard et Pauchet, l'ulcère du duodénum serait inconnu en France. En réalité, M. Mathieu, avec Hartmann et Soupault les a décrits sous le nom d'ulcère juxta-pylorique. En effet, les auteurs anglais disent que l'ulcère duodénal est surtout fréquent dans la 1re portion.

La veine pylorique qu'ils donnent comme repère est en une situation inconstante d'après mes recherches, puisque sur 7 cas je l'ai trouvée 3 fois absente et subdivisée en plusieurs rameaux, et 2 fois placée nettement en dedans du pylore.

La douleur, disent les auteurs anglo-américains, aurait un siège et un moment d'apparition spéciaux et caractéristiques. Or ce sont là des symptômes qu'on retrouve parfois exactement tels qu'ils les décrivent dans des ulcères manifestement pyloriques ; le pylore étant mobile, le point douloureux est mobile aussi.

L'abondance de l'hémorragie ne constitue pas davantage un signe particulièrement caractéristique.

Quant à la conduite à tenir, si la mortalité est évidemment insignifiante dans des cas opérés très tôt, il me paraît difficile de réaliser ce traitement opératoire précoce tant à cause des grandes difficultés du diagnostic qu'à cause des guérisons possibles par le traitement médical. Les succès obtenus par les chirurgiens américains dans le traitement opératoire des ulcères perforés me paraissent remarquables et évidemment très supérieurs à ceux que nous obtenons. Cela est peut-être dû à la précocité de l'intervention. Mais ici encore le diagnostic peut être très difficile.

En résumé, je crois préférable de s'en tenir pour ces ulcères au nom ancien d'ulcères juxta-pyloriques et je crois qu'il faut les traiter médicalement jusqu'à ce qu'on ait vu l'insuccès manifeste de celui-ci et ne point hésiter alors à intervenir aussitôt.

M. *Hartmann*. — Je vous ai dit à la dernière séance que la fermeture spontanée des anastomoses gastro-entériques pouvait être due à l'apparition d'un ulcère peptique au niveau même de la bouche, ulcère dont le développement et le processus de réparation pouvait amener l'obturation de cette bouche. Ce n'était qu'une hypothèse, mais je viens d'en avoir une preuve démonstrative dans une observation que m'a communiquée M. Morano (de Montevideo).

Division des urines. — M. *Marion*. — M. Guinard nous a communiqué une observation dans laquelle la division intra-vésicale des urines lui avait donné des résultats manifestement erronés. J'ai observé un cas analogue dans lequel le séparateur me donna d'un côté des urines purulentes, sanglantes et contenant 11 grammes d'urée, — de l'autre des urines purulentes, non sanglantes et contenant 8 grammes d'urée. Or le rein droit était fonctionnellement détruit et l'uretère en était complètement obturé.

Nous n'avons pas de critérium qui nous permette de dire que le diviseur fonctionne correctement. Nicolitch a fait une série d'expériences avec le diviseur et dit que dans aucun cas il n'y a eu étanchéité parfaite. Pour que les résultats soient vraiment probants il faut, dit Luys, que les urines obtenues soient de concentration très différente. Il faudrait même, d'après Cathelin, avoir déjà quelques notions cliniques sur le côté malade. Ce dernier conseille de n'employer le séparateur que dans les cas où le cathétérisme des urètres est impossible.

Mais la séparation des urines est non seulement infidèle et

sujette à caution, elle laisse en outre échapper au chirurgien des affections qu'un cathétérisme des uretères eût permis de reconnaître ; lorsque par exemple un calcul uretéral obstrue l'uretère du côté sain par exemple, alors que l'autre est malade, une séparation même exacte arrêterait le couteau du chirurgien alors qu'une sonde urétérale lui indiquera un obstacle qu'on peut supprimer.

Le cathétérisme n'est aucunement dangereux et ne donne pas d'accident, même avec des vessies infectées.

Mais lorsque ce cathétérisme est impossible, que peut-on faire ? Lorsque la clinique me donne des renseignements sur le rein malade, je fais une opération exploratrice, je vais chercher l'uretère, le pince à l'aide d'une pince spéciale que je laisse en place pendant 24 heures. Pendant ce temps j'étudie les urines de l'autre rein. Tout cela lorsqu'une exploration au bleu de méthylène me prouve que l'un au moins des deux reins fonctionne et élimine. Si je n'ai aucun renseignement je fais une néphrectomie exploratrice.

M. *Bazy*. — Le cathétérisme des uretères, lorsqu'il est unilatéral peut aussi donner des erreurs, car l'urine peut filtrer autour de la sonde. On peut éviter cette erreur en injectant un peu de liquide coloré par la sonde urétérale. Si ce liquide vient teinter l'urine vésicale cela prouve qu'il y a cause d'erreur. Le cathétérisme en outre doit être surveillé et interprété.

M. *Legueu*. — J'ai abandonné la séparation intravésicale des urines. Dans le cas où le cathétérisme est impossible, lorsqu'il y a une indication sur le côté malade, au lieu de pincer l'uretère comme Marion, je fais d'emblée l'exclusion du rein.

Lorsque je n'ai aucune indication je fais une taille vésicale qui me permet de placer mes sondes et de reconnaître le côté malade.

M. *Michon*. — La méthode du pincement momentané de l'uretère me paraît très intéressante et je l'appliquerai à l'occasion. Je crois seulement que l'incision exploratrice qu'il nous conseille au cas où on ne sait le côté malade ne peut pas toujours permettre de reconnaître si le rein est malade ; bien des reins paraissent sains au palper qui cependant contiennent des cavernes.

M. *Hartmann*. — J'ai fait de nombreuses opérations sur le rein. Je me suis toujours servi du séparateur de Luys qui m'a toujours donné les meilleurs résultats et dans lequel j'ai une pleine et entière confiance. D'autre part je ne crois pas à l'innocuité parfaite du cathétérisme des uretères et j'ai vu des pyonéphroses en être la conséquence.

M. *Tuffier*. — Je crois que la division intra-vésicale est un moyen d'exploration infidèle. Mais il faut dire que le cathétérisme est, lui aussi, sujet à caution. La malade peut blesser et infecter l'uretère et sa seule présence dans ce conduit modifie la sécrétion urinaire. Le pincement de l'uretère doit agir de même.

Traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche. — M. *Routier* présente un rapport sur une communication de M. Schmidt (de Nice) relative au traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche de Delbet. L'auteur a employé cet appareil dans 15 cas avec des résultats très satisfaisants.

Présentation de malades. — M. *Lapointe* présente un cas d'énucléation récente du semi-lunaire en avant, traitée avec succès par la réduction non sanglante. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 novembre

La séance a été presque exclusivement consacrée au « 606 ». L'ordre du jour, sur ce sujet, n'ayant d'ailleurs pas été épuisé, la Société a tenu le 17 novembre une séance supplémentaire consacrée au remède d'Erlich. Nous en rendrons compte prochainement.

MM. *Lévy-Bing* et *Lafay* préconisent l'injection de 606 en suspension huileuse. Ils délayent la poudre dans 1 partie de lanoline et 9 parties d'huile d'œillette. Pour les doses de 0.50 à 0.60 de 606, le véhicule employé est de 2 à 3 cent. cubes, pour les doses de 0.80 à 0.90 la quantité de véhicule ne dépasse pas 4 à 5 centimètres cubes. L'injection intra-musculaire est fort bien tolérée, on n'observe pas de douleurs. L'élimination commence dès le second jour.

M. *Emery* a fait en Allemagne une enquête sur les résultats obtenus par les diverses méthodes actuellement usitées. Les émulsions huileuses, injectées tout d'abord dès le début de la méthode par Volk et Kromayer puis par beaucoup d'expérimentateurs, entr'autres Isaac et Neisser, semblent parfois moins douloureuses et moins irritantes que le procédé de Weschelmann. Elles ont, cependant comme lui, le désavantage de s'enkyster parfois et de s'absorber toujours lentement, ce qui a le double inconvénient :

1° De ne point supprimer les spirochètes en masse ;

2° De créer probablement des colonies arsenophiles annihilant tout traitement arsénical ultérieur.

Les injections intraveineuses suivies, à quelques jours ou à quelques mois de distance, suivant la virulence de la maladie et la résistance du sujet, d'une injection intramusculaire d'une solution acide ou alcaline, sont à l'heure actuelle le procédé de choix. Telle qu'elle est pratiquée en Allemagne par Schreber et Weintraud, l'injection intraveineuse est simple et sans danger, mais elle nécessite de nombreux transvasements et les appareils utilisés sont encombrants et d'une stérilisation difficile. E. a imaginé de faire construire à cet effet, chez Pépin, un appareil très simple, composé d'une éprouvette effilée avec robinet d'un côté, bouchée à l'émeri de l'autre, avec quelques billes de verre à l'intérieur et d'une contenance de 80 cc. environ ; dans cette éprouvette est réalisée, par les procédés connus, la dissolution alcaline de la préparation, il n'y a plus qu'à introduire directement l'extrémité effilée de cette éprouvette dans le tube en verre d'une ampoule de sérum physiologique quelconque de 200 cc. pour effectuer le mélange nécessaire à l'injection.

M. *Milian* a fait des injections intraveineuses de « 606 ». Il s'est servi tout simplement d'un entonnoir en verre muni d'un tube de caoutchouc ayant à son extrémité une aiguille. C'est là un procédé autrement simple que celui préconisé par M. Emery. Au reste, l'injection intraveineuse ne suffit pour guérir les accidents spécifiques, à cause de la rapidité d'élimination du produit. Le dernier procédé recommandé par Erlich est le suivant : une injection intraveineuse, puis, quelques jours après, injection intramusculaire d'arséno-benzol en suspension dans l'huile d'olives.

M. *Milian* a essayé le procédé de Lévy-Bing et Lafay : il a trouvé l'injection aussi douloureuse qu'avec les autres méthodes.

M. *Gaucher*, par contre, a vu trois malades ayant reçu des injections de « 606 » suivant le procédé L.-B. et L. Ces trois malades, l'un 2 jours, l'autre 3 jours après le traitement, n'avaient eu aucune douleur, ne présentaient ni fièvre, ni empâtement local.

Résultats obtenus avec le 606.

Le Pr Bayet (de Bruxelles) a traité 175 malades. Il a pu étudier complètement les 100 premiers cas injectés suivant le procédé de Weschelmann. Les suites immédiates n'ont pas toujours été satisfaisantes. B. a noté des infiltrations, des eschares. Les suites éloignées n'ont pas été graves en général, fièvre vers le 15e jour, douleurs rhumatoïdes, érythèmes semblables aux érythèmes sérothérapiques.

A la période *primaire*, B. a vu à la suite de l'injection la guérison assez rapide du chancre. Dans trois cas la roséole n'est pas apparue. Dans un cas il y a eu reviviscence du chancre, *in situ*. Enfin l'adénopathie satellite rétrocède lentement.

Dans la syphilis secondaire, les résultats sont variables. Quelques éruptions disparaissent très vite, mais il y a des formes rebelles. L'adénopathie généralisée est peu influencée.

C'est dans la syphilis tertiaire que B. a eu les plus beaux résultats. Des syphilis de la face à forme mutilante ont été très vite guéries. Un cas de syphilis hépatique a rétrocédé avec grande rapidité.

Tous les sujets cependant ne réagissent pas et dans leur cas l'auteur a observé une résistance absolue des lésions.

Dans la parasyphilis, dans le tabès principalement, B. a eu de minces résultats. B. a vu 8 *récidives* nettes, 2 dans des syphilis tertiaires, 6 dans des syphilis secondaires.

Dans la syphilis primaire, le *séro-diagnostic*, dans un certain nombre de cas, de + devient — ou très faiblement +.

Dans un plus grand nombre de cas, le séro — ou très peu + devient nettement +.

Dans la syphilis secondaire, dans certains cas, le séro + devient —, dans d'autres faits, le séro + devient — puis redevient + et au bout de 8 à 9 semaines le séro reste + sans aucune modification.

Dans la syphilis tertiaire, le séro-diagnostic dans la majorité des cas suit l'évolution clinique.

D'après ces 100 cas, quelles conclusions peut-on porter ?

L'arséno-benzol est un médicament d'une activité incontestable ; comparé au mercure et à l'iodure, il semble être plus « prenant », et agit là où le mercure et l'iodure n'ont donné aucun résultat.

Mais l'arséno benzol a une efficacité minime dans la para-syphilis, et même dans certains cas de syphilis secondaire et tertiaire. Il ne garantit pas contre les récidives. Il influence peu le séro-diagnostic.

Il faut dès maintenant abandonner l'injection suivant le procédé de Weschelmann et marcher dans la voie indiquée par Erlich : injection intra veineuse puis intra-musculaire.

MM. ***Brocq*** et ***le Blaye*** n'ont eu à leur disposition que 21 doses de « 606 ». Ils n'ont pas fait d'injections intra-veineuses. Ils étudient : 1° l'efficacité absolue du médicament, 2° son mode d'action, 3° comment agissent par comparaison les composés mercuriels, arsenieux et l'iodure de potassium dans des cas similaires.

Malgré des réactions fébriles parfois un peu fortes, les auteurs n'ont jamais constaté d'accidents graves. Chaque malade fut, il est vrai, avant l'injection, l'objet d'une étude approfondie au point de vue de ses divers appareils (cœur, rein, organes de la vision.)

Le 606 leur a paru avoir une action singulièrement efficace sur les syphilides secondaires érosives, papulo-hypertrophiques, sur les plaques muqueuses interdigitales, sur les syphilides malignes précoces, sur les ulcérations tertiaires des muqueuses. Par contre, son action leur a paru moins grande sur certaines éruptions papulo squameuses, tuberculo- squameuses, psorasiformes acnéiques.

Les auteurs ont observé deux récidives : apparition chez un malade d'une iritis ; chez un autre d'une roséole de retour et de plaques muqueuses de la bouche et de la langue.

B. et L. B., avant de passer à la comparaison des résultats obtenus avec le 606 et de ceux obtenus avec les anciennes méthodes, insistent sur l'inefficacité souvent constatée de l'huile grise, si communément employée par beaucoup d'auteurs. Ce n'est donc pas l'huile grise, médicament non seulement dangereux, mais peu actif et infidèle, qui devra servir de point de comparaison, mais bien, les injections solubles, la liqueur de Van Swieten, les injections de calomel, etc.

Les auteurs concluent que l'efficacité du 606 leur paraît supérieure à celle du mercure, employé sous une bonne forme, dans les cas de syphilides suintantes, de syphilides malignes précoces, dans les ulcérations tertiaires des muqueuses. Elle est à peu près égale à celle du mercure dans certaines syphilides papuleuses et dans les syphilides ulcéreuses de la peau. Son action paraît inférieure à celle du mercure dans certaines roséoles, syphilides papuleuses, acnéiques, tuberculo-squameuses.

L'arséno-benzol ne met pas à l'abri des récidives.

B. et L. B. font d'ailleurs de grandes réserves sur ces conclusions étant donné : 1° les doses injectées qui ont été trop faibles peut être ; 2° étant donnée aussi leur technique, puisqu'ils n'ont pas employé la dernière méthode préconisée par Erlich.

A. Fage.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 octobre 1910

Vœux émis par MM. Levassort et Chassevant et adoptés à l'unanimité par la Société de Médecine de Paris. — Vœu de M. Levassort ;

La Société de Médecine de Paris, après avoir entendu les explications relatives aux inconvénients que présentent les appellations inexactes pour la désignation de certains remèdes, émet le vœu qu'à l'avenir le choix des noms soit l'objet d'une sérieuse étude et qu'en particulier, le nom de « sérum » soit réservé aux seuls produits visés dans la loi du 25 avril 1895.

Vœu de M. Chassevant :

La Société de Médecine de Paris émet le vœu que le Ministre de l'agriculture, qui est chargé, de par la loi du 25 juin 1908, de l'Inspection de la police de la pharmacie, édicte le règlement d'administration publique prévu à l'article 11 de la loi du 1er août 1905 en ce qui concerne les matières médicametneuses pour fixer les indications extérieures à apposer sur les médicaments, et pour assurer la loyauté de la vente de ces produits, assure strictement l'application des lois, notamment en ce qui concerne la vente des remèdes secrets, modifie, s'il y a lieu, le décret du 3 mai 1850 pour le mettre en harmonie avec les besoins actuels de la thérapeutique et des lois existantes.

Séance du 11 novembre 1910. — Présidence de M. Bourdel, vice-président.

Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines. (Présentation d'ouvrages). — M. Léopold ***Lévi*** présente deux volumes publiés en collaboration avec le Dr Henri de Rothschild (1908-1911).

Ces études forment une base importante à cette nouvelle construction pathologique, l'*endocrinologie*, qui s'appuie sur des réalisations thérapeutiques. Le neuro-arthritisme dans ses accidents, migraines, asthme, rhumatisme chronique, dermatose, neurasthénie, trouve en particulier une médication efficace dans le traitement thyroïdien qui s'applique aussi au nervosisme sous toutes ses formes et aux petits signes d'insuffisance thyroïdienne (frilosité, constipation, troubles pilaires, etc.).

Quelques réflexions sur le lavement électrique.— M. ***Zimmern*** apporte une étude précisant les indications et contre indications du lavement électrique dans l'occlusion intestinale. Il insiste tout d'abord sur l'absence de dangers de son application. Pour lui, le lavement électrique ne saurait être considéré comme un traitement de l'occlusion à opposer au traitement chirurgical, mais comme une épreuve thérapeutique préalable, capable de rendre compte de la perméabilité de l'intestin.

Parmi les signes defavorables : le début brusque qui fait penser à une occlusion par strangulation, l'examen du ventre, qui montre peu de météorisme et beaucoup de douleur, le hoquet. Pendant le lavement, les douleurs augmentent. Après le lavement, le malade rend très souvent l'eau injectée absolument claire. Autres signes défavorables : la cessation des besoins de défécation quand le courant est supprimé, la persistance ou l'apparition du hoquet. Comme présomptions favorables, la notion d'avertissements antérieurs péniblement résolus par les drastiques ; ensuite, à l'examen, la constatation d'un grand météorisme, s'accompagnant de peu de douleurs.

Au moment du lavement, le malade réagit moins vivement au courant. Immédiatement après le lavement, le besoin de déféquer, au lieu de s'atténuer, persiste et augmente jusqu'à la débâcle.

M. ***Mouchet*** redoute quelque peu les douleurs et l'aggravation de quelques symptômes que l'épreuve du lavement électrique risque d'entraîner après elle.

Surdité et nutrition. — M. ***Natier***. — La surdité, les bourdonnements et les vertiges peuvent être communément rattachés à des troubles de l'appareil digestif. Il s'agit alors d'auto-intoxication avec retentissement sur l'oreille. S'inspirer toujours de ces principes et ne jamais négliger l'état général des sourds dans le traitement de leur infirmité sensorielle. Les exercices acoustiques avec des diapasons, comme le prouve bien un exemple rapporté, sont, en pareil cas, suivis de résultats satisfaisants. Les vibrations jouent un double rôle, elles régularisent la circulation et exercent une influence exclusive, spécifique, peut-on dire, sur l'oreille et le centre acoustique.

Observations de radiumthérapie (dermatologie et rhinologie). — MM. ***Lagarde*** et ***Masotti*** présentent quelques essais de radiumthérapie et s'efforcent de démontrer que nombre de cas en oto-rhino-laryngologie pourraient bénéficier de ce traitement.

Sans parler des nævi, des cancroïdes, des lupus du nez, des cancers, des leucoplasies, des lichens de l'oro-pharynx dont le traitement est désormais classique et se fait quotidiennement

aussi en dermatologie, il semble possible de traiter d'autres tumeurs des fosses nasales (*sarcomes, épithéliomas, tuberculose*), de modifier certaines zones de la muqueuse nasale (*région polypeuse, cloison variqueuse*), peut-être même aussi, des expériences sont en cours, de guérir certaines autres lésions à l'aide des produits radifères, à base de sels insolubles (*sinusites maxillaires, amygdales hypertrophiées, laryngites*, etc.) L'auteur présente à l'appui de son dire une série de projections de photographies de divers malades traités par lui.

M. ***Druelle*** a cru reconnaître dans une photographie qui vient de passer l'observation d'une malade qui vient de mourir d'épithéliomatose à l'hôpital Saint-Louis et que l'auteur fait figurer comme guérie. Il estime qu'en matière de tumeur maligne, il faut toujours attendre la consécration du temps.

M. ***Bizard***. — Il n'est pas douteux que la radiumthérapie a donné souvent des résultats excellents et même définitifs, appliquée aux épithéliomatoses cutanées. Mais il est nécessaire de dire aussi que cette méthode a des insuccès et que parfois même, après une cicatrisation incomplète, le néoplasme récidive et prend même une extension insolite comme s'il avait reçu un *véritable coup de fouet*. D'autre part, il faut bien savoir que les cancers du visage sont les seuls qui guérissent avec tous les moyens physiques, tandis que les cancers viscéraux (sein, utérus, etc.) donnent des insuccès presque constants lorsqu'ils sont traités uniquement avec les mêmes moyens sans le secours de la chirurgie.

M. Louis ***Régis*** fait remarquer que dans le traitement des nævi vasculaires, il y a des procédés moins dangereux et plus à la portée des praticiens que la radiumthérapie. C'est ainsi que les crayons d'acide carbonique entraînent très rapidement la disparition sans pigmentations des petites tumeurs érectiles.

M. ***Levassort*** demande que les photographies qu'on fait passer sous les yeux ne soient pas reconnaissables pour le public, et il engage ses collègues à ne présenter que les régions pathologiques exclusivement.

M. ***Zimmern*** rappelle que le traitement électrique des angiomes érectiles reste le traitement de choix, car il est applicable par tous les praticiens et ne conduit pas aux séances onéreuses du radium. Au sujet du radium employé contre les néoplasmes comme les rayons X, il faut en effet comme le dit Bizard, se défier du coup de fouet que peut imprimer à la lésion néoplasique l'agent thérapeutique. C'est le cas des doses trop faibles, ou insuffisantes, ou des tumeurs profondes. Il faut donc, chaque fois qu'on le pourra, procéder à l'ablation chirurgicale préliminaire et faire de la radiothérapie à titre prophylactique contre la récidive, en détruisant les cellules jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

Opothérapie ; par Paul Carnot. Un vol. in-8, de la *Bibliothèque de Thérapeutique Gilbert et Carnot*, chez Baillière et fils, 1911.)

Nil novi sub sole ! On trouvera la démonstration de cette vérité à la lecture de la partie historique par laquelle M. Paul Carnot nous fait passer, avant de nous introduire dans l'opothérapie moderne. Oui, les anciens faisaient de l'opothérapie sans le savoir : les Indiens en utilisant le *testicule de bouc* comme aphrodisiaque, les Hébreux en recommandant le *fiel* dans les ophtalmies, Chiron le Centaure (d'après Homère) en fortifiant Achille grâce à l'ingestion de *moelle de lion*, etc. Au moyen âge, la prescription d'*œufs* de *fourmis*, d'*huile de scorpion*, de *chair de lièvre*, de *sang de bouc*, d'*excréments*, d'urine. etc., représentait une méthode opothérapique grossière.

De nos jours, grâce à Brown-Séquard, à Claude-Bernard, etc., ainsi qu'aux progrès de la chimie biologique, l'opothérapie est devenue scientifique. Mais déjà on peut prévoir que l'ingestion de médicaments animaux, encore imprécise en plusieurs points, perdra tôt ou tard la forme opothérapique pour faire place à l'introduction, dans l'organisme humain, de principes chimiques, représentant, par extraction directe ou par synthèse, les sécrétions internes ou les parties d'animaux. Actuellement l'*adrénaline* marque le passage par lequel se fera la transformation chimique de la méthode opothérapique.

Le livre dû à M. P. Carnot représente un travail considérable qu'il est impossible d'analyser sans entrer dans trop de détails. On y apprend la nature ainsi que les indications et contre-indications générales des médicaments opothérapiques, ainsi que l'opotechnie générale. Dans la deuxième partie sont étudiées les opothérapies spéciales : hématique, médullaire, splénique, ganglionaire, digestive, pancréatique, rénale, génitale, thyro-parathyroïdienne, hypophysaire, surrénale, musculaire, pulmonaire, etc,

Dans un dernier chapitre, l'auteur étudie les autres médicaments d'origine animale : caséine, albumose, gélatine, lactose, glycogène, cholestérines, etc.

Ce travail sur l'opothérapie, ce XIe vol. de la série Gilbert-Carnot, a bénéficié d'un esprit scientifique des plus méticuleux. Ajoutons qu'une table alphabétique des mieux faites facilite singulièrement les recherches du lecteur, du praticien. Des figures, au nombre de 90, facilitent en plusieurs points la compréhension du texte, C,

Traité de stomatologie publié sous la direction de Gaillard et Nogué, 2e fascicule. (J.-B. Baillière, éditeur 1910).— Frey et Lemesle. ***Pathologie des dents et de la bouche*** (3e édit. J.-B. Baillière, édit.)— Jean Monod. ***Eléments de stomatologie***. (O. Doin, éditeur.)

Nous sommes en retard avec nos confrères stomatologistes dont les publications deviennent de plus en plus nombreuses et importantes.

MM. Baillière nous ont donné cette année les deux premiers fascicules de l'important traité de stomatologie publié sous la direction de MM. Gaillard et Nogué. C'est une œuvre considérable qui intéresse d'autres que les dentistes et qui montrent combien les stomatologistes comprennent largement l'exercice de leur spécialité ! Nous signalons dans le 2e fascicule les chapitres sur les anomalies de la voûte palatine, sur les accidents de la dentition et en particulier sur ceux de la dent de sagesse comme intéressants pour tous, médecins et chirurgiens.

M. Frey, avec la collaboration de M. Lemesle, a publié la troisième édition de son excellent manuel qui sous un petit volume renferme toute la pathologie dentaire.

En lisant les éléments de stomatologie où M. J. Monod met à la portée de tous les médecins les notions nécessaires à l'exercice journalier de la pratique dentaire, on se demande pourquoi nos confrères de la campagne laissent se perdre une source si abondante de profits pour eux et de soulagements pour leurs clients. Pourquoi se borner à l'arrachement des dents, pourquoi ne pas savoir soigner une carie dentaire ? M. Monod leur montre qu'avec une instrumentation simple, une habileté moyenne, ils peuvent faire beaucoup de bonne et profitable besogne. B.

Lehrbuch des Ohrenheilkunde ; par Victor Urbantschitsch. (Urban et Schwarenberg, édit. Vienne et Berlin.)

Le professeur d'otologie de la faculté de Vienne vient de donner au public médical un traité considérable embrassant toute la science otologique. Une pareille œuvre ne saurait s'analyser en quelques lignes. Nous signalerons au lecteur le soin avec lequel sont exposés les détails de l'examen clinique de l'oreille moyenne et du nerf auditif, en particulier les méthodes nouvelles de Barany. Le traitement des otites catarrhales suppurées, les complications endocraniennes sont également longuement étudiés. B.

Traité des maladies de l'œsophage ; par Jean Guisez (J.-B. Baillière, édit. 1910.)

Il n'est pas un de nos lecteurs qui ne connaisse les travaux de Guisez sur l'œsophage. Nous leur annonçons aujourd'hui l'apparition d'un volumineux traité de 300 pages, illustré de belles et nombreuses figures, que l'auteur a consacré à la technique œsophagoscopique et à la pathologie de l'œsophage. La thérapeutique y trouve une large place : traitement des néoplasmes, des rétrécissements, des spasmes, des corps étrangers ; c'est en somme un traité complet dont nous ne possédons pas l'analogue en langue française et qui aura un grand et légitime succès. H. Bourgeois.

REVUE GÉNÉRALE

—

L'examen fonctionnel du pancréas ;

Par Gaston DURAND
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Les altérations organiques du pancréas se traduisent rarement par des signes physiques de localisation appartenant en propre à la glande, ou empruntés à des compressions du voisinage ; plus rarement encore, elles donnent naissance à des tumeurs appréciables par la radioscopie ou la radiographie ; la majorité des pancréatopathies ne donne lieu qu'à des symptômes frustes, d'une interprétation délicate ; à plus forte raison, les troubles fonctionnels, les « affections fonctionnelles » du pancréas, comme les appelle Schmidt, sont-ils particulièrement difficiles à interpréter.

Cependant la fréquence semble devoir être grande de ces troubles du fonctionnement du P., aussi l'étude des moyens propres à authentiquer l'origine p. de troubles morbides que les signes cliniques permettent seulement de soupçonner, apparaît-elle comme à la fois une des plus intéressantes et une des plus délicates.

Difficultés de ces examens. — Ce qu'on sait actuellement de la sécrétion interne du P. est encore bien peu de chose, en comparaison de son rôle physiologique probable que permettent de soupçonner les nombreuses recherches faites dans ce domaine. Quant à sa sécrétion externe, il est incontestable qu'elle est au point de vue des actes digestifs une des plus importantes. Le suc p. se déversant dans l'intestin joue vis-à-vis les trois éléments fondamentaux de l'alimentation : albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone, un rôle certainement primordial, encore qu'imparfaitement élucidé d'une manière exacte pour chacun d'eux. Il était donc naturel qu'on s'adressât avant tout à l'examen des fèces pour juger, par l'état de digestion des principes alimentaires, de l'état des fonctions sécrétoires du P. C'est d'ailleurs le principe des épreuves fonctionnelles en général : faire accomplir à l'organe considéré un travail déterminé pour juger de ses capacités.

Mais dans le diagnostic fonctionnel du P., on se heurte à des difficultés sérieuses,

La plus importante provient du fait que les divers groupes alimentaires sont soumis chacun aux actions combinées de plusieurs sécrétions : suc gastrique et pancréatique pour les albuminoïdes ; bile et suc p. pour les graisses ; salive, suc intestinal et p. pour les hydrates de carbone ; et conséquemment de la suppléance facile de ces diverses sécrétions dans les cas où l'une d'entre elles vient à diminuer ou à manquer. De là résulte la difficulté de scinder, dans les troubles considérés, ce qui revient à chaque organe.

Enfin c'est un fait classique aujourd'hui que des lésions profondes, étendues, avancées du P. (comme d'ailleurs de l'intestin) ne causent pas nécessairement de troubles graves de l'assimilation et de l'absorption des principes nutritifs.

Ces diverses raisons expliquent le grand nombre des signes ou des méthodes d'examen qui ont été proposés, et la diversité des procédés employés pour arriver au diagnostic fonctionnel du P.

I. *Signes d'insuffisance pancréatique tirés de l'examen des urines.* — Tout d'abord il faut citer un certain nombre de signes tirés de l'examen des urines, relevant d'un trouble soit de la sécrétion externe, soit de la sécrétion interne.

Tels la glycosurie, la pentosurie, la lipurie, l'indicanurie.

La *glycosurie*, qui relèverait d'un déficit dans la sécrétion interne du P., est un signe fréquent mais inconstant dans les affections de cet organe. Elle a été signalée principalement dans les pancréatopathies chroniques, dans la lithiase du P., aussi dans les kystes p. En tous cas elle est généralement faible, singulièrement différente, par conséquent, de la glycosurie du diabète pancréatique, ne pouvant être considérée comme un signe régulier.

Par contre, *la glycosurie alimentaire* provoquée par administration à jeun de 150 grammes de glycose aurait, d'après Mayo Robson, une valeur plus certaine, notamment au cours des pancréatites chroniques.

Cependant il ne faut pas oublier qu'elle est également un signe assez fréquemment observé dans les affections hépatiques, et comme tel, elle perd beaucoup de sa valeur dans un diagnostic fonctionnel où l'hésitation peut être entre affection du foie et du P.

La *lipurie*, la *pentosurie*, ne sont pas spécifiques des maladies du P., on ne saurait donc s'y arrêter.

Quant à la *diminution de l'indican urinaire.* — l'indol se produisant au cours de la digestion pancréatique normale — elle ne paraît pas avoir grande valeur.

La *réaction de Cammidge* doit être mentionnée enfin. Il s'agit là d'une méthode d'investigation délicate, basée sur le passage dans les urines de certains produits de désagrégation du tissu p', ou encore sur l'existence de dérivés glycérinés, mis en liberté par la stéatonécrose. Il est impossible d'entrer dans la discussion de ce procédé dont la signification théorique n'est même pas élucidée. Admise sans réserves par les uns, elle est formellement rejetée par les autres ; peut-être est-il plus sage de lui faire encore crédit. En tous cas, elle ne peut être obtenue que par des manipulations compliquées, d'une application pratique à peu près impossible dans l'exercice courant de la clinique.

II. *Signe de Lœwi.* — Lœwi ayant observé expérimentalement que chez des animaux ayant subi l'ablation du pancréas, l'instillation d'adrénaline dans l'œil provoquait une mydriase transitoire, et que ce symptôme ne se produisait pas chez des animaux non opérés, a proposé ce signe comme révélateur d'une affection du P. D'après l'auteur, ce phénomène, qui s'expliquerait par l'absence de l'action inhibitrice du P. sur le sympathique, se rattacherait à la sécrétion interne de cet organe.

Il y aurait là par conséquent un moyen de dissocier les troubles de ses deux sécrétions.

Malheureusement c'est un signe fort inconstant, et dont la pathogénie même est discutée.

III. Les examens coprologiques, à l'inverse des signes ou épreuves précédents, sont susceptibles de fournir des données beaucoup plus précises, d'une valeur plus certaine. Leur étude présente donc un intérêt constant.

1° *Le simple examen macroscopique des fèces* peut déjà donner des renseignements importants sur l'état de la digestion panréatique. L'abondance de résidus musculaires plus ou moins volumineux, mais surtout de graisse, soit surnageant sur le liquide diarrhéique, soit sous forme de petites masses caséeuses, est fréquemment le reflet d'altérations graves du parenchyme p. ou d'une absence de suc pancréatique dans l'intestin, par obstruction des canaux excréteurs.

La *stéarrhée*, qui est seulement l'exagération d'un phénomène normal, varie évidemment avec l'abondance des graisses ingérées, mais elle constitue néanmoins un si-

gne de grande valeur, noté depuis longtemps déjà, qu'il faut toujours rechercher, en se plaçant, bien entendu, dans des conditions telles que l'excès d'indigestion des substances grasses contraste avec une teneur en graisse du régime alimentaire modérée et moyenne.

D'une façon générale d'ailleurs, les signes précédents, tirés de l'examen macroscopique des fèces, ne comportent vraiment de valeur qu'autant que le malade a été soumis à un régime fixe, connu. Aussi est-il nécessaire de s'adresser à des épreuves précises, comme les épreuves d'utilisation.

2° *Épreuves d'utilisation.*—Théoriquement, l'insuffisance d'apport du suc p. se révèle par des signes traduisant une absorption et une assimilation incomplètes des trois principes alimentaires : albuminoïdes, hydrates de carbone, graisses. On a supposé *a priori* que si la sécrétion p. était insuffisante, on devait pouvoir juger, par l'état du déficit digestif de chacune de ces substances, de l'état fonctionnel de la dite sécrétion.

Tel est le principe mis en œuvre dans les méthodes basées sur l'analyse des fèces, instaurée par Fr. Müller, et dont Schmidt et Strassbürger, Lynch, de Buenos-Ayres, et R. Gaultier ont posé les conditions, étendu et amélioré la technique, montré les applications à la pratique journalière.

Ces analyses tendent à établir le bilan nutritif, le coefficient d'utilisation des trois principes alimentaires.

Dans ces épreuves d'utilisation, il convient d'envisager d'une part le régime d'épreuve, d'autre part les méthodes d'examen proprement dites.

A. *Régime d'épreuve.* — Il est indiscutable que le régime d'épreuve est la base fondamentale de la méthode ; on ne saurait établir un bilan même approximatif sans avoir préalablement soumis le patient à un régime alimentaire rigoureusement déterminé dans tous ses éléments. Mais tandis que pour les uns (avec R. Gaultier) un seul repas suffit, pour d'autres auteurs (avec Schmidt) s'impose le régime suivi pendant deux ou trois jours. Dans ce dernier cas, on évite certainement un certain nombre de causes d'erreurs, provenant avant tout de la difficulté de délimiter ce qui revient aux repas antérieurs au repas d'épreuve, même en usant de substances colorantes (carmin) forcément diffusibles.

B) *Examen des fèces.* L'examen des fèces peu être macroscopique, microscopique et chimique.

L'examen macroscopique sur fond plat d'une particule de fèces délayée dans l'eau jusqu'à consistance sirupeuse peut montrer déjà, dans les cas de troubles marqués de la secrétion p., l'abondance de petits fragments de viande, et de gouttes de graisse.

L'examen microscopique confirme et précise les données précédentes : abondance de fibres musculaires peu ou pas modifiées, des graisses neutres, des acides gras en fins cristaux.

Mais c'est surtout par l'examen chimique que l'on peut établir le coefficient d'utilisation. Dans les graves altérations de la fonction p., le déficit se traduit par *stéatorrhée avec hypostéatolyse* (70 % au lieu de 5 % des graisses ingérées sont excrétées), dont trois quarts sous forme de graisse neutre (R. Gaultier) et azotorrhée (26 à 33 % de l'azote alimentaire ingéré au lieu de 5 %). — Pour ce qui est des hydrates de carbone, les suppléances des organes digestifs suffisent à contrebalancer l'absence du suc p. et notamment de l'amylase. Aussi l'épreuve de fermentation (Schmidt, Strassbürger) ne donne-t-elle lieu, même dans les cas de lésions pancréatiques très marquées, qu'à un faible dégagement de gaz.

En définitive c'est à l'azotorrhée, dont la valeur est d'ailleurs contestée par certains, mais surtout au déficit de l'utilisation des graisses, que la majorité des auteurs se rattache pour établir le bilan de la déchéance du P, lequel se résume en trouble grave dans l'absorption et l'assimilation des substances grasses.

Résultats fournis par les examens coprologiques.

Malgré les incontestables progrès qu'ont fait faire à la séméiologie du P. les examens coprologiques, il n'en ressort pas moins que les résultats obtenus grâce à eux ne sont pas toujours suffisamment probants, rarement indiscutables, laissant trop souvent la place au doute.

Les raisons sur lesquelles s'appuient ces conclusions sont tirées d'un grand nombre d'arguments d'ordre clinique, technique, ou expérimental.

1° La plupart des documents cliniques se rapportent à de doubles lésions des canaux biliaires et pancréatiques, et dans la très infime partie des cas à une obstruction pancréatique, par cancer, où le cancer joue un rôle de dénutrition très accentuée. — Il semblerait cependant, d'après les recherches de R. Gaultier et celles de Brugsch, que l'on puisse scinder les déficit pancréatique et biliaire associés, des déficits de la seule sécrétion du pancréas. D'après R. Gaultier le pourcentage des graisses excrétées : de 35 à 45 % dans les troubles de l'excrétion biliaire, monte à 70 ou 80 % dans les altérations exclusives du P, pour atteindre son maximum, 90 % ou plus, lorsque la sécrétion des deux organes fait également défaut. Les conclusions de Brugsch aboutissent à un pourcentage un peu plus faible, mais comparable en proportion. Il semble donc qu'on peut jusqu'à un certain point se baser sur ces chiffres pour faire le départ de ce qui revient au foie et au P. dans la genèse des troubles observés au cours des examens fonctionnels.— Encore la question ne semble-t-elle pas aussi simple en pratique, si on envisage la fréquente simultanéité des troubles fonctionnels de l'intestin au cours des pancréatopathies isolées ou associées ; et l'on voit combien il est difficile, en usant des épreuves d'utilisation, d'attribuer formellement au P. des troubles de la digestion qui relèvent souvent en partie de l'altération du fonctionnement harmonieux des divers organes digestifs.

2° Les recherches cliniques et expérimentales de MM. Lépine et Rochaix, de MM. Guiart et Grimbert, de M. Juilhé ont montré, en outre, contrairement à l'opinion de R. Gaultier, que dans les fèces excrétées après un repas maigre, on trouve une notable proportion de graisses venant de la désassimilation du corps ; d'où cette conséquence qu'il est dès lors difficile d'apprécier par la méthode de cet auteur d'une manière suffisamment exacte le déficit des graisses provenant du repas d'épreuve. — Quoi qu'il en soit, tout au moins dans les cas où les troubles sécrétoires du P. ne sont pas très accusés, c'est-à-dire ceux dans lesquels le déficit des graisses doit être peu élevé, l'appréciation du déficit pancréatique devient particulièrement difficile.

3° Si on envisage, par ailleurs, la valeur des techniques d'examen employées, il faut bien reconnaître qu'au point de vue théorique, certaines de ces techniques, notamment celle de M. R. Gaultier, n'ont pu échapper à des erreurs importantes dans la séparation des graisses neutres, des acides gras et des savons (A. Richaud). M. Rousselet a bien proposé une technique correcte permettant d'extraire et de séparer rigoureusement les diverses graisses et

conséquemment d'apprécier exactement le degré de l'hypostéatolyse, mais cette technique est trop récente pour qu'on puisse avoir une opinion exacte des résultats qu'elle peut donner au point de vue du diagnostic clinique. Quelle que soit d'ailleurs leur correction, ces techniques sont en pratique d'une application fort difficile, demandant beaucoup de temps, de soins et des connaissances chimiques approfondies.

4° Le principe même de l'examen chimique des fèces pour l'évaluation du trouble du métabolisme des graisses a été battu en brèche dans une série de travaux récents (Umber, Brugsch, Oser, Hallion, etc.) démontrant expérimentalement que la stéatolyse n'est pas le fait exclusif du P. (action des lipases gastrique (Volhard et Stade, Hanriot, Benech et Guyot) ; intestinale (Schiff, Boldyreff) ; microbienne (Duclaux Camus, Gérard, Escherich) ; l'altération ou la suppression fonctionnelle du P. est le plus souvent compatible avec un dédoublement suffisant des graisses.

Les expériences de Rosenberg tendraient même à pousser plus loin la critique ; elles amènent à conclure que l'absorption des graisses n'est profondément troublée que dans les cas de sclérose complète du P. qu'elle est à peu près parfaite quand il y a simplement obstacle au cours normal de la sécrétion pancréatique (retour à l'intestin du suc p. par voie sanguine ?) ; si au cours d'un obstruction p., on voit apparaître la stéarrhée, c'est que la sclérose s'est faite, stade ultime d'évolution anatomique de la glande dans ces cas particuliers.

Valeur pratique de l'examen chimique des fèces pour le diagnostic fonctionnel du P.

Il semble que des expériences correctes de Rosenberg, auxquelles il faut ajouter les observations cliniques de Keuthe, Muller et Gigon, Brugsch, on peut tirer une conclusion satisfaisante quant à la valeur des troubles de l'absorption et de la résorption des graisses dans les maladies du P.

Dans les pancréatopathies aiguës, l'examen chimique des fèces ne peut être d'aucun secours. Dans les affections chroniques, pancréatites chroniques, dans le cancer du pancréas, dans tous les cas où les lésions du parenchyme sont profondes et très étendues, un déficit considérable dans la résorption des graisses constitue, encore que non constant, un signe de grande valeur, lorsqu'on a pu apprécier par ailleurs l'état des fonctions hépatiques. Dans les obstructions des canaux excréteurs du P., en l'absence d'ictère, la stéarrhée prend une importance non douteuse, qui diminue singulièrement s'il existe, d'autre part, les signes habituels d'obstruction des voies biliaires.

Enfin, lorsque, après un régime d'épreuve sévère, de plusieurs jours, on trouve conjointement au déficit des graisses, un déficit azoté considérable, supérieur à 30 % de l'azote alimentaire ingéré, on peut incriminer le P. dans la genèse des symptômes morbides observés.

Mais il faut bien se rappeler que seuls acquièrent une valeur réelle les déficits de matières grasses égalant au moins les 4/5 de la graisse ingérée, et que de tels déficits ne se montrent que dans les cas de lésions profondes, très étendues de la glande p., c'est-à-dire dans les cas extrêmes.

Les épreuves d'utilisation ne peuvent donc répondre qu'à deux éventualités : existence ou absence de suc pancréatique dans l'intestin, et non pas aux cas de déficits pancréatiques incomplets, qui sont vraisemblablement les plus fréquents.

En raison de la difficulté particulière de rattacher dans tous les cas la stéarrhée à un trouble de la fonction externe du P., et pour obvier aux causes d'erreurs dues aux suppléances fonctionnelles des diverses glandes digestives, on a proposé un certain nombre de méthodes ou d'épreuves dont le but est d'isoler : soit certaines propriétés bio-chimiques spéciales au P., soit l'action séparée *in vivo* de chacun des ferments constitutifs du suc p., soit enfin les ferments eux-mêmes.

IV. Epreuves basées sur certaines propriétés appartenant exclusivement en apparence au P.

1° *L'épreuve des noyaux de Schmidt* doit être citée avant toutes autres. On sait que cette épreuve, basée sur la digestion exclusive par le P. (nucléose) des nucléo-protéides, consiste à faire avaler au patient un petit sachet de gaze de soie contenant un cube de viande de bœuf, durci dans l'alcool, à rechercher ensuite le sachet dans les selles pour examiner l'état de digestion des noyaux des fibres musculaires. D'après Ad. Schmidt, la constatation faite *plusieurs fois* de non-digestion des noyaux doit entraîner la conviction d'une *abolition totale* de la sécrétion p. Schmidt y met cette condition essentielle que la traversée digestive du petit sachet ait duré au moins 6 heures, au plus 30 heures.

D'après les très nombreux essais qui ont été pratiqués avec ce moyen d'investigation, il semble bien, malgré les assertions de Dutton Steele, de Brugsch, basées d'une part sur la digestion *in vitro* des nucléo-protéides par le suc gastrique pur, et d'autre part sur l'absence de digestion des noyaux dans des cas certains d'intégrité du P., que l'épreuve des noyaux ait une valeur réelle, dans l'état actuel de nos connaissances. Elle n'en est pas moins soumise aux variations du transit stomacal et intestinal, et pratiquement nécessite une série d'examens.

La modification proposée par Einhorn (tissu de thymus cru au lieu de viande de bœuf) est une simplification de technique ne changeant en rien les conditions de l'épreuve.

Par ailleurs, en admettant même la valeur absolue du nucléus-test, il n'en subsiste pas moins que cette épreuve ne peut renseigner que sur l'existence ou l'absence de suc p. dans l'intestin, mais non pas sur les déficits incomplets ; encore que d'après Ad. Schmidt, la digestion plus ou moins marquée des noyaux puisse donner à cet égard des renseignements suffisants.

2° *L'épreuve au glutoïd de Salhi* est fondée sur la digestion, par le seul suc p., de capsules gélatineuses durcies par les vapeurs d'aldéhyde formique et contenant un indicateur facilement résorbable (bleu de méthylène, iodoforme) dont on recherche le moment d'apparition dans les urines ou la salive. La rapidité ou le retard d'apparition de l'indicateur, parfois même l'absence d'apparition, rendent compte de la digestion ou de la non-digestion de la capsule et conséquemment de l'existence ou de l'absence de sécrétion p. Chez un sujet normal, l'indicateur (coloration bleue, réaction de l'iode) apparaît au bout de 4 à 6 heures, plus tard ou pas du tout suivant le degré du déficit pancréatique.

Malheureusement de nombreuses causes d'erreur peuvent entacher l'interprétation des résultats ; elles proviennent de la difficulté d'avoir des capsules de résistances homogènes et comparables, d'autre part la capsule est soumise aux aléas du transit gastrique et intestinal. Si bien que Salhi lui-même, et après lui Fromme, Galli, Delachaux et Wallenfang, ont admis que la réaction à la capsule au glutoïd n'a de valeur que dans les cas où elle est *très rapidement* positive. Elle comporte donc malgré

tout une valeur certaine, encore qu'elle ne puisse donner qu'une partie des indications qu'on est en droit de demander aux épreuves fonctionnelles.

3° A côté de la réaction de Salhi, il faut mettre les épreuves recherchant l'action *in vivo*, isolée ou combinée, des divers ferments constitutifs du suc pancréatique. Ces épreuves, dont le principe est le même que celui de la réaction au glutoïd, combinent presque toutes les activités tryptiques, ou lipasiques, ou stéapsiques du suc glandulaire. Elles sont basées sur l'enrobage de certains principes médicamenteux : salol (von Nencki, Ewald, Salhi, Lépine), iodoforme (Winternitz), huile iodée (Roger et Thaon), salicylate de soude, salicine (Ferreira), qui tous sont dédoublés en leurs composants par le suc pancréatique, servant ainsi, grâce à l'examen des urines, d'indicateurs de la digestion des capsules. Ces capsules elles-mêmes insolubles dans le suc gastrique et attaquables seulement par le suc pancréatique (la kératine, la gélatine par le ferment tryptique, la cire par la lipase), servent de nouveaux témoins de l'activité sécrétoire du pancréas.

Toutes ces épreuves, séduisantes par leur simplicité, procédant des mêmes principes que celle de Salhi, comportent les mêmes inconvénients. En tous cas, elles ne sont susceptibles que de renseignements négatifs et ne peuvent être d'aucun secours dans tous les cas de troubles pancréatiques.

V. MÉTHODES BASÉES SUR LA RECHERCHES DES FERMENTS.

La *méthode de Boldyreff-Volhardt* est, avent toutes autres, apparemment la plus séduisante puisqu'elle est basée sur la recherche directe des ferments pancréatiques. On connaît bien l'existence très fréquente du reflux du suc pancréatique dans l'estomac depuis les recherches de Boas, Boldyreff, Volhardt, Kalgenstein. Volhardt, puis Faubel, ont mis à profit cette constatation pour en faire un procédé pratique d'extraction du suc pancréatique et secondairement du dosage de ses ferments, mais surtout de la trypsine.

On connaît la technique :

Faire absorber au malade ou mieux introduire à la sonde 200 cc. d'huile d'olive dans l'estomac ; après une demi-heure ou trois quarts d'heure, extraire à la sonde le contenu gastrique, le malade étant dans le décubitus gauche. Dans 86 % des cas, suivant l'auteur, on obtient ainsi du suc pancréatique plus ou moins pur. Il devient dès lors possible d'apprécier directement la teneur en ferments du suc extrait, notamment de la trypsine (Volhardt) qui donnerait la mesure de l'activité protéolytique.

Les recherches à l'aide de cette méthode ont été faites surtout sur le chien. Cependant Rud-Ehrmann et R. Lederer qui l'ont employée en série sur l'homme, particulièment chez des anachlorhydriques, ont tiré de son emploi des conclusions peu satisfaisantes, en contradiction avec les résultats obtenus par Volhardt ; ils estiment qu'elle est incapable de donner aucune mesure quantitative de la fonction pancréatique dans le contenu stomacal retiré par la sonde, contenu qui est le plus souvent un mélange de suc gastrique, de bile et de trop petites quantités de suc pancréatique.

Pour Klieneberger enfin, étant donnée l'inconstance des résultats dans l'obtention du suc pancréatique, étant donnée la difficulté d'obtenir toujours assez de résidu de filtration pour la recherche des ferments, on ne peut faire état que des résultats positifs quant à l'existence des ferments ; les résultats négatifs n'auraient aucune valeur.

Ce procédé, basé sur un artifice de technique, étant mis à part, on peut avoir comme procédé d'examen du pancréas, la recherche des ferments : a) soit dans les urines ; b) soit dans les fèces.

VI. MÉTHODES BASÉES SUR L'EXISTENCE DES FERMENTS PANCRÉATIQUES DANS LES URINES ET LES MATIÈRES FÉCALES.

La présence des ferments pancréatiques dans les fèces et les urines a été signalée depuis longtemps. Etant donné ce qu'on sait de la résorption facile et rapide des ferments dans l'intestin, on conçoit que les recherches se soient portées d'abord et surtout sur la mesure de ce ferment dans le sang et les urines.

a) *Recherche et dosage des ferments dans les urines.* — Des trois ferments : trypsine, lipase, amylase, c'est ce dernier qui a été le plus généralement choisi comme le plus facilement décelable. Après les recherches de Lœper et Ficaï sur les rapports de l'amylase sanguine et urinaire, recherches ayant montré que, dans les conditions normales du fonctionnement rénal, le taux de l'amylase urinaire est presque toujours proportionnel à celui de l'amylase sanguine, Lœper et Rathery ont pu établir par le dosage de l'amylase dans les urines une moyenne de leur pouvoir amylolytique chez l'homme sain et, partant de là, dans les cas de rétention du suc pancréatique l'augmentation considérable de ce pouvoir, Enriquez et Binet ont étudié les variations du pouvoir amylolytique des urines chez les diabétiques ; G. Durand, la teneur en amylase des urines de l'homme sain et de divers malades soupçonnés d'affections pancréatiques. Mais ces essais sont soumis à un certain nombre de causes d'erreurs qui ne paraissent pas permettre de proposer d'en généraliser l'emploi.

b) *Recherche des ferments dans les fèces.* — C'est surtout dans les fèces qu'on a cherché à mettre en évidence les divers ferments pancréatiques. Des 3 ferments principaux du pancréas, c'est à la trypsine surtout, puis à l'amylase qu'on s'est adressé, la recherche de la lipase présentant des difficultés spéciales qui sont encore à l'étude (Morrel et Terroine).

Amylase. — La présence de l'amylase dans les fèces a été signalée dès longtemps, mais en faible quantité. Léo et von Jaksch, en montrant que l'amylase, rare dans les matières moulées, est abondante dans les diarrhées, ont ouvert le champ aux tentatives pour mesurer l'activité pancréatique par la recherche de ce ferment.

Un moyen simple consiste à mêler 2 ou 3 centim. cubes de fèces liquides fraîches, non filtrées, à une quantité à peu près double de solution d'empois d'amidon, à porter le tout pendant quelques minutes à 39° ou 40° à l'étuve ou au thermostat ; en ajoutant ensuite prudemment et par tâtonnement de la liqueur de Fehling, on obtient la réaction caractéristique du sucre dans les cas où les fèces contiennent de l'amylase.

O. G. Wynhausen (d'Amsterdam), reprenant le procédé bien connu de la teinture d'iode en solution diluée, comme réactif de l'action de l'amylase sur l'empois d'amidon, a cherché à apprécier la teneur des matières fécales en ferment amylolytique et à en fixer les applications cliniques. La technique est la suivante :

On mélange dans des tubes des quantités décroissantes de matières fécales diarrhéiques filtrées avec 5 cc. d'une solution à 1 % d'amidon soluble. On porte le mélange pendant 24 heures à l'étuve à 40°, on remplit alors chaque tube avec de l'eau distillée et on ajoute dans chacun une goutte d'une solution

décinormale d'iode. Les tubes qui contiennent encore de l'amidon prennent une coloration bleue ; ceux qui contiennent de l'érythrodextrine, une coloration rouge ; ceux qui contiennent exclusivement de l'achrodextrine, de la maltose et autres produits de dédoublement de l'amidon restent incolores.

Les recherches de Wynhausen, qui portèrent sur 170 cas, lui ont montré surtout l'abondance de l'amylase chez les sujets normaux. Dans 5 cas seulement il trouva une faible réduction, il s'agissait 2 fois de troubles intestinaux, une fois de cancer du pancréas ; de même le ferment devint très rare chez un chien après extirpation du pancréas. Quoi qu'il en soit, on peut reprocher à cette méthode le manque de précision et l'emploi de la teinture d'iode qui, ainsi que l'a montré Duclaux, ne doit pas servir dans l'appréciation de la saccharification de l'amidon.

Trypsine. — La recherche de la trypsine dans les matières a suscité ces dernières années toute une série de travaux, d'où sont nés plusieurs procédés qu'il faut citer : ce sont les procédés de Müller et Schlecht, celui aux capsules de Schlecht, celui à la caséine de Gross.

Le premier fut tiré par Schlecht des constatations de Müller, et mis en pratique pour en faire une méthode d'épreuve fonctionnelle du P, par la recherche de l'activité tryptique. Elle consiste à ensemencer, avec quelques gouttes de fèces obtenues par purgation, une plaque de sérum gélatiné, alcalinisé à la soude à 1 ‰, à porter le tout pendant 24 heures à l'étuve à 50 ou 60°. Dans les cas où la sécrétion p. existe, il y aurait toujours protéolyse nette (godet, souvent même trou dans la gélatine) ; dans les expériences sur l'animal où le P. était enlevé, l'absence de protéolyse aurait témoigné de l'absence du suc p. dans les selles. Chez l'homme apparemment normal quant au P., Schlecht trouva constamment une protéolyse nette ; au contraire, dans un cas de cancer de la tête du P. la réaction manqua.

Il est regrettable que le nombre des cas pathologiques examinés par l'auteur soit trop peu élevé pour qu'on puisse encore se faire une opinion exacte de la valeur du procédé qu'il préconise. Il faut ajouter que la simple présence dans les selles de mucus, de pus, de sang, est susceptible d'empêcher la réaction (pouvoir empêchant des albumines natives sur la trypsine), ce qui diminue singulièrement la portée de cette épreuve. Enfin au point de vue technique, la difficulté d'obtenir des plaques de gélatine d'épaisseur constante est un obstacle de plus à l'homogénéité des résultats.

Cette méthode peut donc, jusqu'à plus ample informé, être considérée comme une épreuve négative et purement qualitative, mais incapable de fournir aucune mesure de la sécrétion pancréatique.

Procédé aux capsules. — Schlecht a proposé en outre un autre procédé qui consiste à porter directement dans les selles, obtenues toujours par purgation, des capsules de gélose durcies pleines de charbon, mettant le mélange couvert de chloroforme à digérer à 37°. Ce procédé est évidemment séduisant par sa simplicité, mais les capsules bien souvent ne sont pas digérées, même dans les cas où le P. est sain, ainsi que le montrent par la suite d'autres épreuves.

La méthode à la caséine de Gross, qui met en évidence le ferment tryptique, consiste à placer au thermostat, à 37°, un mélange de 10 cc. de matières diluées — dans 3 fois leur poids d'une solution de soude à 1 ‰ — et filtrées et de 100 cc. d'une solution de caséine à 1/2 ‰. On recherche de temps en temps la présence de la caséose avec l'acide acétique à 1 %. D'après l'auteur de cette méthode et d'après Klieneberger, qui l'a employée avec succès, il y avait digestion rapide de la caséine dans tous les cas où le P. était sain, par contre, dans les cas de troubles du P, la formation de caséose était absente.

Il s'agirait donc là d'un procédé simple et exact. Mais ici encore, les mêmes causes d'erreurs (sang, pus, mucus dans les fèces) compromettent la valeur absolue d'une méthode qui paraît satisfaisante par ailleurs.

c) *Mesure de l'activité pancréatique par le dosage des ferments.* — Si, d'une part, on considère dans l'ensemble toutes les méthodes précédemment décrites, d'autre part les desiderata de toute méthode en vue d'examiner le fonctionnement sécrétoire du P., on voit qu'aucune d'entre elles ne répond d'une manière parfaitement satisfaisante aux deux éléments du diagnostic fonctionnel : indication qualitative, absence ou existence de sécrétion ; indication quantitative, variations de cette sécrétion.

Toutes ou presque toutes sont susceptibles, à des degrés différents, de montrer l'intégrité des fonctions sécrétoires du P., ou l'absence complète du suc p. dans l'intestin ; c'est-à-dire qu'entre l'intégrité absolue du P. et sa déchéance organique et fonctionnelle complète, aucune d'entre elles ne peut donner de renseignements suffisamment probants.

Cependant, parmi tous les auteurs qui se sont occupés de la question de l'activité sécrétoire du P. plusieurs ont essayé de mesurer cette activité en partant des mêmes principes que ceux sur lesquels repose la simple recherche qualitative. C'est ainsi que Lœper et Rathery, Enriquez et Binet, G. Durand, ont pu doser l'amylase dans les urines chez l'homme normal, chez les diabétiques, dans les cas d'affection p., mais à part les cas limités d'obstruction des canaux pancréatiques, où l'on trouve une augmentation considérable du pouvoir amylolytique des urines, ou de la sclérose totale de la glande où ce pouvoir est négatif, les conditions d'examen dans les urines comportent trop de facteurs qui empêchent d'utiliser les résultats trouvés chez les individus présentant seulement de légers troubles de fonctionnement pancréatique.

La méthode de Müller-Schlecht, celle de Gross pour l'évaluation du pouvoir tryptique des fèces, ne peuvent fournir au point de vue spécial de l'évaluation quantitative que des renseignements sujets à caution.

Le dosage de la lipase ne serait pas soumis aux mêmes causes d'erreur invoquées pour celui de la trypsine ; la lipase n'est pas inactivable par les albumines natives, mais son dosage présente des difficultés qui sont en étude actuellement et qui concernent les conditions d'activation optima de ce ferment, et le choix de la substance à hydrolyser. Ces questions sont l'objet de travaux très précis de Terroine et Morrel.

Reste l'amylase. On connaît de vieille date les facilités particulières qu'offre le dosage de ce ferment. Mais il faut arriver aux recherches entreprises par Ambard, Binet et Stodel, et dont l'application à la clinique est due à Enriquez, Ambard et Binet, pour avoir une méthode de dosage de l'amylase fécale suffisamment rigoureuse et susceptible de fournir des renseignements utiles aux cliniciens.

Dosage de l'amylase dans les fèces. Méthode de Enriquez, Ambard et Binet. — Avant toute description de ce procédé, il convient de dire que les principes du dosage de l'amylase ont été formulés il y a longtemps déjà par Duclaux. Il va sans dire que ce dosage consiste à faire di-

gérer un amidon par du ferment et à doser la quantité de maltose et de glucose formée, on déduit de cette quantité la teneur en ferment des fèces.

Technique. — 1° Pour obtenir la quantité maximum de ferment, que l'on sait peu abondant dans les matières moulées (Leo von Jaksch), et pour éviter la résorption dans l'intestin, les auteurs de la méthode purgent le malade à jeun (eau de-vie allemande, 20 gr., ou sulfate de soude, 50 gr.) ; avant et après la purge, le sujet prend du lait (un litre et demi en tout) qui est destiné à annihiler l'action destructrice de la trypsine sur l'amylase (action empêchante de l'albumine naturelle sur la trypsine) ; pour obvier à la destruction du ferment par les microbes, les fèces sont recueillies sur un bloc de glace,

2° Les fèces sont uniformément diluées à 20 litres (1 c.c. ou 2 c.c. de fèces pour 19 ou 18 c.c. d'eau), ce qui d'une part est nécessité par la très grande richesse des matières liquides en ferment, d'autre part permet de respecter les conditions mêmes du dosage (pour qu'il y ait un rapport entre la quantité de ferment et la quantité de sucre formé aux dépens de l'amidon, il faut que la digestion n'ait pas transformé plus de 1/10e de l'amidon).

3° L'épreuve de digestion proprement dite se fait en ajoutant à 50 c.c. d'une solution d'empois d'amidon à 1 % acidifiée à 2 % avec HCl n/10 (activité maxima d'amylase en milieu légèment acide), 1 c.c. de la dilution des fèces à 20 litres, non filtrées. On porte au thermostat à eau à 39°5. Au bout d'une demi heure on arrête la digestion par 3 gouttes de Na OH, et on dose le sucre formé.

Ce procédé a été appliqué par MM. Enriquez, Ambard et Binet surtout chez les sujets normaux, afin d'établir un étalon de la secrétion pancréatique normale, et par G. Durand tant chez les sujets sains que chez toute une série de malades gastriques, hépatiques, pancréatiques, diabétiques. Ce dernier auteur a pu vérifier et confirmer la moyenne d'activité diastasique normale trouvée par les auteurs de la méthode, constater l'absence complète d'amylase dans plusieurs de cancer du pancréas, de diabète grave, une diminution sensible du ferment dans les syndromes hépato-pancréatiques, une diminution considérable dans plusieurs cas de pancréatite chronique.

On a objecté au principe même de la méthode que l'amylase des fèces est en partie de l'amylase salivaire et intestinale, les recherches expérimentales de Ambard sur le chien lui ont permis d'écarter par avance cette objection. Toutefois il est certain que la nécessité de purger le malade comporte dans quelques cas (troubles intestinaux) un inconvénient et que chez quelques sujets l'épreuve échoue par insuccès de la purgation ou retard de l'élimination.

Mais dans l'ensemble, telle qu'elle est, cette méthode est intéressante par les services qu'elle a déjà rendus dans son application à la pratique, et contrairement aux autres, elle est susceptible d'amélioration.

Quoi qu'il en soit, un fait semble ressortir des recherches des auteurs qui ont usé de cette méthode, c'est la rareté relative des cas d'achylie pancréatique ; ceci est important et vient à l'appui des affirmations de Schmidt, de Rosenberg, à savoir : que la sécrétion pancréatique n'est déficiente en totalité que dans les cas de lésions totales, complètes du parenchyme (sclérose généralisée).

Deux faits enfin émanent des applications faites jusqu'à ce jour de la méthode de MM. Enriquez Ambard et Binet, c'est d'abord la possibilité de vérifier l'achylie pancréatique (pas d'amylase dans les fèces) par la recherche du ferment dans les urines (absence d'amylase dans les uriurines (un cas de G. Durand avec examen histologique : sclérose totale du P३ chez un grand diabétique) ; c'est en outre la possibilité de confirmer le diagnostic d'obstruction du cholédoque par la simultanéité de l'absence d'amylase dans les fèces et d'un taux très élevé du ferment dans les urines (Lœper et Rathery, G. Durand).

VII. En dehors, ou après l'emploi de quelque méthode d'épreuve que ce soit, il reste enfin un moyen de faire avec une approximation suffisante le diagnostic fonctionnel du pancréas, c'est l'action de l'opothérapie pancréatique. Souvent on voit s'amender les troubles morbides, se relever l'état général après l'administration d'extraits pancréatiques, chez des malades soupçonnés d'affection du pancréas, et le succès du traitement vient ainsi confirmer le diagnostic éventuel.

Conclusions. — Bien que l'examen fonctionnel du pancréas soit de date relativement récente, les méthodes qui ont été proposées sont extrêment nombreuses ; leur nombre même est une preuve de l'incertitude des renseignements qu'elles procurent ou de l'inconstance des résultats qu'elles permettent d'obtenir.

Plusieurs d'entre elles, par la complexité de leur technique, sont inapplicables à la pratique courante, telle la réaction de Cammidge ; pour d'autres, comme la méthode de R. Gaultier, c'est la technique elle-même qui est en faute, « fournissant, même lorsque l'application en est correctement faite, des résultats souvent très différents de ceux qui ont été trouvés par quelques-uns des expérimentateurs qui les ont utilisées » (Richaud). Il n'est pas jusqu'au principe même de certains procédés — épreuves d'utilisation — qui ne soit sujet à caution. On a vu qu'expérimentalement on n'est pas arrivé à tirer au clair l'influence du déficit de la sécrétion pancréatique sur la résorption des graisses et leur assimilation ; en clinique, où les faits sont encore beaucoup plus compliqués que dans les expérimentations, il devient donc des plus difficiles de départager ce qui revient au pancréas, ou aux autres organes de la digestion, dans les phénomènes morbides observés.

Le même reproche s'adresse à toutes les épreuves basées sur la recherche des ferments : pour la trypsine : difficulté de se soustraire au pouvoir empêchant des albumines naturelles sur ce ferment ; pour l'amylase, qui présente par ailleurs des facilités très grandes de recherche et de dosage, la difficulté de séparer les amylases salivaire, pancréatique, intestinale — encore qu'il ait été répondu à cette objection (Ambard).

Est-ce à dire que toutes les tentatives faites dans la voie du diagnostic fonctionnel du pancréas soient restées stériles ? Ce serait aller évidemment trop loin. Mais il faut distinguer dans les résultats que les nombreuses méthodes proposées sont susceptibles de donner, ne pas accepter sans réserve les résultats qu'on tire de leur emploi, contrôler leurs enseignements en confrontant plusieurs épreuves différentes chez le même malade, et profiter par ailleurs de tous les signes subjectifs ou objectifs fournis par l'examen clinique du patient (notamment glycosurie, glycosurie alimentaire).

L'épreuve des noyaux de Schmidt, — la simple recherche de l'amylase dans les fèces (obtenues par purgation), par la digestion extemporanée d'empois d'amidon (réaction à la liqueur de Fehling), — l'évaluation chimique du déficit global des graisses, après régime d'épreuve suivi pendant plusieurs jours, sont trois excellents moyens d'investigation dans tous les cas, d'ailleurs peu nombreux d'insuffisance pancréatique, et dans les syndromes d'obstructions bilio-pancréatiques.

On fera donc sagement de toujours les employer en série, dans toutes les éventualités.

Si les résultats obtenus par l'emploi successif de ces trois épreuves ne sont pas *rigoureusement concordants*, il conviendra de recourir à la plus précise des méthodes actuellement existantes, celle décrite par Enriquez, Ambard et Binet (dosage de l'amylase des fèces), dont la valeur semble non douteuse dans tous les cas de déficit incomplet de la sécrétion pancréatique, quelle qu'en soit la cause, la seule en tous cas qui en l'état actuel de la science soit susceptible de donner des mesures approximatives des variations de la sécrétion du pancréas.

INDEX BIBILOGRAPHIQUE.

AMBARD, BINET et STODEL : C. R. Soc. Biol. Séance du 16 fév. 1907, p. 265. — BOAS : *Deuts. med. Woch.*, 1891, nº 28. — W. BOLDYREFF : Sur le passage spontané ou provoqué du suc pancréatique dans l'estomac. *Zentralblatt für die gesamte Phyp. u. Pathol. des Stoffwechsels*, 1908. — BRUGSCH (Th). : Contribution expérimentale au diagnostic fonctionnel de l'intestin. *Zeitsch. f. exper. Path. u. Ther.*, 1909, p. 326. — *id* : Influence du suc pancréatique et de la bile sur la digestion intestinale. *Zeitschf. klin. Med.*, 1906, Band 58, Heft. 5 et 6, p. 518. — CARNOT : *In* Traité de médecine, Gilbert et Thoinot 1908, p. 133 et suivantes.—CLAUDE BERNARD : Leçons de physiologie expérimentale, t. II, 1856, p. 133 et suivantes. — CLERC et LŒPER. : *Soc. de Biol.*, mai 1909. — DUTTON STEELE, cité par Lépine. *Sem. méd.*, 1908, p. 157. — DUCLAUX : Traité de microbiologie, 1889, p. 27 et suivantes. — DURAND (G.) : Les procédés d'examen des fonctions du pancréas et en particulier les méthodes de mesure de la sécrétion pancréatique. — Thèse de Paris, 1910. — EHRMANN et LEDERER : Sur le fonctionnement du pancréas au cours de l'achylie et de l'anochlorhydrie gastriques. *Deut. med. Woch.*, 1909, nº 20, t. XXXV, mai, p. 1879.— ENRIQUEZ et BINET : Le pouvoir amylolytique des urines chez les diabétiques. *Arch. mal app. dig. et nutrit.*, mars 1909. p. 125 et suivantes.— ENRIQUEZ, AMBARD et BINET : Mesure de la sécrétion pancréatique par le dosage de l'amylase fécale. *Sem. méd.*, 13 janv. 1909. — R. GAULTIER : Précis de coprologie clinique. Paris, 1906. — Id. *Bull. de la Soc. de Biol.*, 13 nov. 1900. — GROSS : *Med. Klin. Woch. f. prakt. Art.* janv. 1910, p. 92. — A. JUILHÉ : Note sur la valeur de l'examen chimique de la stéatolyse dans les fèces par la méthode coprologique de Gaultier. *Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 22 juin 1909. — KLIENBERGER : Comment établir le diagnostic de mal. de pancréas. *Mediz. Klinik.*, 16 janvier 1910. — LÉPINE : Revue critique. *Sem., médic.*, 1er avril 1908, p. 157 et suivantes. — LŒPER et FICAI : *Arch. méd. expérim.*, et *Soc. de Biol.*, sept. 1907 p. 722. — LŒPER et RATHERY : La rétention pancréatique dans le cancer de la tête du pancréas. *Arch. mal. app. digest. et nutrition*, mai 1909, p. 253 et suivantes. — RATHERY : Manuel des maladies du tube digestif. Debove Achard et Castaigne Paris, 1907, t. II, p. 619 et suivantes. — ROSENBERG.: *Arch. von Pflüger*, 1908, p. 371. — SCHMIDT : L'examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve. Trad. de R. S. Kolbé, Paris, 1909. — SCHMIDT et STRASSBURGER : Les fèces de l'homme, Berlin, 1902. — SCHMIDT : Achylie fonctionnelle du pancréas. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. 87. — SCHLECHT (de Breslau) : Une méthode simple pour l épreuve fonctionnelle du pancréas. *Munch. med. Woch.*, nº 14, 1908. —TERROINE : Conditions d'activité de la lipase. *Búll. Soc. Biol* ., 1909, p. 36, 1910, p. 347, 666. C. R. *Acad. des Sciences*, juillet 1910. — UMBER et BRUGSCH : Digestion des graisses dans l'appareil gastro-intestinal. Considérations spéciales sur le dédoublement des graisses. *Arch. exper. Pathol. und Pharm.*, vo. LV, abt. 2 et 3. — VOLHARDT : Recherches sur le suc pancréatique chez l'homme et méthode pour évaluer la quantité de trypsine. *Munch. med. Woch.*, nº 9, 1907. — O. G. WYNHAUSEN : Sur l'examen qualificatif des fonctions pancréatiques. *Berlin, Klin. Woch.*, juil. 1909, p. 1406-1407. — WOHLGEMUTH. Berlin. *Klin. Woch.*, nº 2, 1907. — A. RICHAUD : *Presse médic.*, 1909, p, 921. — ROUSSELET : Thèse Paris, 1909 (pharmacie).



BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

L'Union des Ecoles dentaires de Paris reconnues d'utilité publique.

(*Ecole odontotechnique. Ecole dentaire de Paris*).

Un heureux événement vient de se produire : les deux écoles dentaires reconnues d'utilité publique, qui, depuis trente ans, donnaient, à Paris, l'instruction aux candidats chirurgiens-dentistes, viennent de s'unir dans l'effort libre que l'une et l'autre soutenaient pour faire de bons élèves, des praticiens capables de satisfaire à la tâche thérapeutique que le public souffrant des affections dentaires leur demandait d'accomplir pour le soulagement et la guérison de ses maux.

Plus de 2.000 dentistes ont été formés par ces écoles, et à part quelques rares individus, qui sont en art dentaire comme sont d'autres dans les diverses branches libérales, industrielles ou commerciales, méprisables par leurs agissements, l'on peut dire que la corporation dentaire mérite le respect et la reconnaissance de la société.

Grâce à leur initiative, depuis leur création jusqu'en 1892, elle formèrent des dentistes qui auraient pu se passer de l'instruction que pendant trois années ils allaient chercher chez elles sans y être obligés, et depuis 1892 jusqu'à ce jour elle ont continué, sous le contrôle de l'Etat et sous celui de la Faculté de Médecine, à former encore des praticiens dont le savoir est égal à celui de leurs confrères étrangers, qui furent pourtant considérés comme des dieux de la profession.

Isolées, les écoles dentaires purent néanmoins donner satisfaction aux plus exigeants, et pas mal de leurs adversaires y acquirent le droit de devenir « grand dentiste » en puisant chez elles tout ce qu'il fallait pour cela. En disant chez « elles » je ne restreins pas aux seules écoles de Paris le privilège de la bonne instruction. Nos amis d'outre mers ou d'outre monts, eurent aussi des élèves, qui sont aujourd'hui des maîtres en France ! Mais ici, comme ailleurs, et peut-être plus ailleurs qu'ici, l'autonomie professionnelle était la base, la raison d'être, des écoles dentaires.

Le grand mouvement scientifique dentaire a été commencé par les écoles, et leur souffle de progrès a gonflé les voiles de leurs adversaires pour les faire entrer au port où maintenant ils cherchent à les « couler ».

Mais les trente années d'enseignement sont là, comme des ancres solides dont les chaînes résisteront aux plus fortes secousses.

Elles ont donné aux candidats chirurgiens-dentistes les moyens de prendre le diplôme leur conférant le droit d'exercer et de conquérir une place très honorable dans la société.

Grâce à elles, le dentiste est devenu « quelqu'un ». Grandissant à mesure que le souvenir de nos prédécesseurs à « grosse caisse » disparaissait, le médecin de la dent a pris sa bonne place à côté de ses confrères spécialistes médicaux

En détruisant, par leur rôle bienfaisant, les vieilles légendes qui faisaient croire à une hiérarchie professionnelle, elles ont dit au père de famille hésitant à faire de son fils un dentiste, que la profession autonome, était égale en

honneur et en profits à celle d'ingénieur et d'architecte, à celle de médecin ou de naturaliste — et le fils comme le père ont compris qu'il était aussi bien d'entrer à l'Ecole dentaire qu'à l'Ecole d'Agriculture ou des Beaux-Arts.

Et c'est l'idéal des écoles dentaires de soutenir jusqu'au triomphe l'autonomie de la profession, c'est-à-dire, le droit seul au dentiste d'exercer honorablement et savamment la profession, tout comme il aurait fait pour une autre.

Libre à lui d'acquérir tous les titres scientifiques ou littéraires qu'il voudra. Il sera docteur en médecine ou docteur ès sciences, prix de Rome ou ingénieur — tant mieux — il sera plus instruit et partant il aura plus facile adaptation au milieu dans lequel il exercera.

Mais on ne l'aura pas obligé à savoir des choses qui lui seront inutiles et à perdre des années pour les apprendre sans aucun profit pour lui ou ses malades.

Les écoles dentaires élargissent constamment le cadre de leur programme d'enseignement, elles pourront mieux le faire encore quand elles auront, — comme l'a dit le professeur Roger, qui présidait la séance de réouverture des cours, comme représentant du ministre de l'Instruction publique, — un programme uniforme, arrêté en commun avec les examinateurs naturels, c'est-à-dire les membres de l'Ecole de Médecine et de l'Ecole dentaire.

Le professeur Roger conseillait à nos élèves de ne point s'arrêter sur un point spécial, mais bien de voir plus haut et plus loin; mais il a dit aussi qu'il serait infiniment profitable qu'ils ne perdissent point le temps à apprendre aussi complètement l'articulation tibio-tarsienne que l'articulation temporo-maxillaire. Si ce n'est pas là la lettre du discours de l'éminent savant qui nous présidait, c'en est à coup sûr l'esprit — esprit voulant dire l'acquis des choses nécessaires pour atteindre le but spécial!

Et c'est ce que le groupement des écoles reconnues d'utilité publique a déjà compris en consacrant à l'enseignement des généralités ce qu'il est nécessaire d'y consacrer, mais en concentrant tous ses efforts sur l'enseignement spécial.

Ne trouvons-nous pas d'ailleurs la preuve éclatante du bien fondé de l'autonomie dans la création de l'Ecole Française de Stomatologie.

Le programme de cette école ne dit-il pas, en propres termes, que les élèves, docteurs ou étudiants en médecine à 12 inscriptions, devront rester deux années, après lesquelles il leur sera délivré un certificat si leurs études ont été régulières ?

Quel est donc ce programme de nos confrères stomatologistes ?

Mais n'est-ce pas le programme identique des écoles dentaires?

Quelle Faculté ou école de médecine pourrait demander pour toute autre spécialité médicale deux années de scolarité après le doctorat en médecine ?

Alors pourquoi ne pas convenir que la profession dentaire est autonome et qu'il est nécessaire de créer un spécialiste de cette profession avec le titre que l'on voudra et le privilège de l'exercer seul, en n'ayant le droit d'exercer que cette seule spécialité ?

Libre au dentiste d'acquérir tous les autres titres universitaires, il sera d'autant plus parfait homme du monde dans la causerie avec ses clients médecins, avocats, ingénieurs ou naturalistes, mais cela ne le fera pas meilleur dentiste.

Cette conception est celle des écoles dentaires, et c'est pour arriver à la réaliser qu'elles se sont unies et leur union sera générale dans l'intérêt général.

Et si les pouvoirs publics s'intéressent à l'œuvre des écoles dentaires, c'est que tout de même il y a en elles quelque chose de bon, quelque chose qui n'est pas simplement limité par l'économie qu'elles font faire à l'Etat.

Elles sont récompensées de leur initiative et des heureuses conséquences professionnelles et philanthropiques qui en découlent.

Et c'est justice!

D[r] SIFFRE,
Président de l'Association Odontotechnique.

La Méthode de suggestion.

Il y a quelques années, on ne voyait que suggestion. Maintenant la suggestion est démodée, on n'en veut plus entendre parler. C'est qu'on a employé cette expression à tort et à travers, l'appliquant à tout ce que le psychiâtre prétendait faire entrer dans le cerveau des malheureux hystériques qu'il s'imaginait tenir en sa puissance.

Quand on alla au fond des choses, on s'aperçut que ce mot avait un sens vague, imprécis, et on estima qu'on devait s'en passer.

Pourtant le plus illustre destructeur des idées classiques en matière d'hypnotisme et d'hystérie, Babinski, voulait le conserver. La suggestion, me disait-il, est la croyance à l'absurde : telle une femme à qui l'on fait croire qu'elle est un homme. Du coup, la suggestion reste le seul symptôme permettant d'affirmer qu'une personne est hystérique.

Ne pourrait-on préciser le sens de ce substantif, sans le restreindre à ce point ?

J'avais pensé, il y a quatorze ans (1), opposer les termes de *suggestion, persuasion, raisonnement*. Une personne est suggestionnée lorsqu'elle a accepté la pensée que le suggestionneur exprime par simple affirmation verbale. Elle est persuadée quand le « persuadeur » s'est adressé avec succès à ses sentiments, à ses passions. Enfin le raisonnement invoque des arguments qui s'adressent à l'intelligence : on démontre, on convainc.

Vaut-il mieux, avec l'école de Nancy, suggestionner les hystériques, les malades imaginaires, les alcooliques et la multitude des névrosés, ou les persuader, avec Dubois de Berne, ou enfin s'adresser à leur raison. Chaque méthode a ses partisans, je crois qu'il faut tâter un sujet avant d'entreprendre sa cure. Les intelligents sont influencés par les raisonnements, les sensibles par les sentiments, enfin un grand nombre de natures inférieures obéissent aux affirmations autoritaires. Notez d'ailleurs que les plus intelligents, quand ils sont malades, affaiblis, deviennent suggestionnables.

Les psychologues ont reconnu l'importance de la suggestion dans la société, les psychiatres prétendront en vain la bannir de la thérapeutique.

D[r] Félix REGNAULT.

(1) *Revue de l'hypnotisme*, 1896, t. II, p.179.

PÉDIATRIE

Maladie de Landry avec réaction méningée, chez une enfant de 4 ans au cours d'une épidémie de poliomyélite antérieure. Autopsie (1) ;

Par M. G. SCHREIBER, interne des hôpitaux de Paris.

La myélite aiguë réalise rarement chez l'enfant le tableau clinique de la maladie de Landry, paralysie progressivement et rapidement ascendante.

Dans la deuxième édition du Traité des maladies de l'enfance de Grancher et de mon maître, M. Comby, Soltmann n'a pu en réunir que 12 cas avant l'âge de 15 ans. Dans le récent Traité du professeur Hutinel, cet auteur, en collaboration avec M. Roger Voisin, mentionne 3 cas seulement publiés depuis 1905 ; le cas de Putnam (2) ; fille de 5 ans morte en 55 heures avec abolition des réflexes, sphincters continents, sensibilité normale ; celui d'Armand Delille et Denéchau, fille de 5 ans 1/2, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, guérison (3), et celui de Black (4), garçon de 8 ans, mort en 36 heures.

En raison du petit nombre de faits rapportés jusqu'ici (5), il nous paraît intéressant de publier le cas qu'il nous a a été donné d'observer dans le service de M. Comby, remplacé pendant les vacances par M. Nobécourt. Les symptômes et l'évolution clinique rappellent en tous points le syndrome décrit par Landry.

D'autre part, nous devons noter l'apparition de ce syndrome au cours d'une petite épidémie de poliomyélite antérieure dont nous avons été témoins à l'hôpital des Enfants-Malades. Successivement, au cours des mois d'août et septembre derniers, nous avons vu un garçon de 7 ans dans le service du professeur Hutinel, un autre de 8 ans et un nourrisson de 13 mois dans le service de M. Méry (remplacé par M. Guillemot), un garçon de 5 ans et un autre de 9 ans dans le service du professeur Marfan (remplacé par M. Lesné), soit 5 autres enfants, atteints d'accidents aigus de poliomyélite antérieure. De son côté, M. Hallé nous a déclaré avoir rencontré deux cas similaires, pendant les vacances dernières, à l'hospice des Enfants-Assistés, dont il dirigeait la consultation, et enfin M. Roger Voisin nous a dit soigner en ce moment même un enfant en période aiguë de paralysie infantile.

Tous ces enfants (sauf le nourrisson de 13 mois) présentaient également des phénomènes méningés, et la ponction lombaire révélait chez eux, comme dans notre cas, une lymphocytose abondante.

Voici l'histoire de notre malade :

L'enfant B.., M..., âgée de 4 ans, est amenée d'urgence à l'hôpital le 31 août 1910, avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

Antécédents héréditaires.— Parents bien portants. Trois autres enfants en bonne santé. Pas d'hérédité nerveuse.

Antécédents personnels.— Née à terme. Nourrie au sein jusqu'à 16 mois. Premières dents vers 6 mois. Premiers pas à 13 mois.

L'enfant n'a jamais eu de convulsions dans l'enfance. En janvier 1909, elle aurait eu une pneumonie gauche dont elle s'est vite rétablie. En mai 1909, on lui a incisé deux abcès chauds, l'un rétro-auriculaire droit, l'autre axillaire. La cicatrisation a été très rapide.

13 *juillet* 1910. — L'enfant tombe en jouant sur sa poupée de porcelaine et se fait une plaie frontale qui fut suturée. La cicatrisation eut lieu par première intention, laissant des traces légères que l'on apercevait à l'entrée.

Histoire de la maladie. — Le 23 août, l'enfant, jusque-là très bien portante, déclare qu'elle a « bobo au ventre », mais elle continue à jouer. Son appétit est conservé, ses selles restent normales. La mère ne constate aucune modification de son caractère et ne remarque rien d'anormal du côté des membres inférieurs. Le 24 et les jours suivants, l'enfant semble en bonne santé et on ne fait plus attention à son état.

Mais, le 29 août au matin, elle est prise de fièvre et de nausées suivies bientôt de vomissements glaireux. En même temps elle se plaint de douleurs au niveau de la nuque et est faible sur ses jambes. Le 30 août, les douleurs des membres inférieurs augmentent et la mère remarque une certaine raideur de la nuque. L'enfant se plaint continuellement d'une soif vive et passe une nuit très agitée.

31 *août.* — L'enfant a du délire. La mère inquiète fait venir un médecin qui diagnostique une méningite cérébro-spinale et conseille le transport immédiat à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — L'enfant est couchée sur le dos et d'emblée on est frappé par l'état d'extrême apathie dans lequel elle est plongée : état contrastant avec la conservation intégrale de l'intelligence, car elle repond très bien à toutes les questions qu'on lui pose. Le facies, très fatigué, rappelle celui d'une bacillaire. Les cils et les sourcils sont très noirs, très longs, très fournis.

Examinant l'enfant de plus près, deux faits nous frappent avant tout : sa nuque est entièrement ballante et la flaccidité des membres inférieurs est très marquée. L'enfant remue avec grand peine ses membres inférieurs ; la douleur des masses musculaires de la cuisse et des jambes à la pression est assez pénible, surtout à la face postérieure. Il ne semble pas que l'enfant souffre sans qu'on la touche ; mais on trouve une certaine diminution de la sensibilité à la piqûre, jusqu'à mi-cuisse environ de chaque côté. Les réflexes rotuliens sont complètement abolis. La recherche du réflexe plantaire provoque une légère flexion du gros orteil à droite ; est sans action sur le gros orteil gauche. La petite malade présente d'une façon nette la raie vaso-motrice de Trousseau, mais elle n'a pas de signe de Kernig, pas de strabisme, pas d'inégalité pupillaire. Les réflexes oculaires sont normaux. Il n'existe pas de troubles sphinctériens. La langue est humide, le pouls est fréquent (136) et régulier, la température est à 38,6.

La ponction lombaire est à peine sentie par l'enfant. Elle donne issue à 20 centimètres cubes d'un liquide très clair, très légèrement hypertendu, contenant de l'albumine en assez forte quantité et de faibles doses de glucose. L'examen cytologique montre une lymphocytose considérable ; on trouve 30 à 40 lymphocytes par champ, avec 1 p. 100 de polynucléaires environ.

Evolution de la maladie.— Le lendemain, l'enfant présente une paraplégie flasque complète des membres inférieurs. Elle ne peut plus du tout soulever les pieds au-dessus du plan du lit et les mouvements de latéralité eux-mêmes sont devenus impossibles. L'enfant éprouve les plus grandes difficultés à s'asseoir, on est obligé de lui venir en aide et dans cette position la tête retombe complètement en arrière. Température du matin, 38°6 ; du soir, 39°7. La torpeur est toujours très accentuée ; l'intelligence intacte.

Le 2 *septembre*, l'état s'est encore aggravé. Outre les symptômes précédents, on note une parésie très nette des deux membres supérieurs. L'enfant a beaucoup de peine à saisir un bonbon qu'on lui tend et ne peut le porter à la bouche. La main droite semble serrer plus fort que la gauche. Les réflexes olécraniens sont abolis. Il n'existe toujours pas de troubles sphinctériens. Température du matin, 38°8.

A 4 heures de l'après-midi, la paralysie a progressé encore. L'enfant est inerte, reposant sur le côté droit de la face. Sa transpiration est abondante, surtout au niveau des membres supérieurs. La jambe et la cuisse droites sont à demi fléchies. Interrogée, l'enfant saisit encore très bien les paroles qu'on lui adresse

(1) Communication faite à la Société de Pédiatrie (séance du 18 octobre 1910).
(2) PUTNAM. — *Americ. neur. Associat.*, 1906.
(3) ARMAND-DELILLE et DENÉCHAU. — *Soc de neurologie*, 1er février 1906.
(4) BLACK. — *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1908.
(5) M. NETTER a rapporté dernièrement 4 cas de maladie de Landry qu'il a pu observer également au cours de la dernière épidémie de poliomyélite. (*Soc. de Pédiatrie, séance du* 15 *novembre* 1910.)

mais elle éprouve de la difficulté à articuler les mots. L'atteinte des centres supérieurs semble donc réalisée ; néanmoins l'enfant n'a pas de troubles dysphagiques, car elle boit sans peine le lait qu'on lui présente.

L'enfant succombe au milieu de la nuit sans qu'on ait noté de nouvel incident. Il semble bien qu'elle soit morte, parce que s'étant endormie, la volonté qui maintenait seule encore l'acte respiratoire s'est trouvée prise en défaut. Ce genre de mort est habituel dans la maladie de Landry. « Le malade, disent Hutinel et Roger Voisin, assiste avec toute sa lucidité à sa mort progressive et il succombe sitôt que le sommeil ou le délire le prennent, car il ne respirait plus que par raison. »

Nous regrettons que l'examen électrique de notre malade n'ai pu être fait, le service d'électricité des Enfants-Malades étant fermé pendant les vacances et l'état de la petite paralytique trop grave pour permettre son transport dans un autre établissement.

Une ponction lombaire pratiquée post-mortem permit de retirer 8 centimètres cubes de liquide un formément teinté en rose. On en injecta la moitié dans le péritoine d'un cobaye qui mourut le 14 septembre, sans présenter rien de particulier.

Autopsie (après 24 heures). — Tous les viscères sont notablement congestionnés. Les poumons sont violacés, œdémateux et laissent exsuder à la coupe une sérosité sanguinolente. Ils ne présentent pas trace de tubercule, et on ne trouve aucun ganglion trachéo-bronchique bacillaire.

Le foie, également violacé, pèse 500 grammes. La rate, petite, de consistance ferme, pèse 40 grammes. Les reins sont congestionnés. Les capsules surrénales paraissent normales. Le cœur (70 grammes) ne présente aucune lésion orificielle. Le thymus est resté volumineux : il mesure 10 centimètres de long sur 5 de large. Il ne montre rien de particulier à la coupe.

Lésions du système nerveux. — Après section de la calotte crânienne, la dure-mère apparaît très notablement hyperémiée, surtout à droite. L'ouverture des sinus veineux ne révèle aucune thrombose. On ne constate pas d'adhérences osseuses anormales. Les méninges ne présentent ni exsudats, ni granulations, ni adhérences. On ne trouve pas de kystes méningés. Rien à noter du côté de la scissure de Sylvius, ni du côté du cervelet.

Le cerveau est également très fortement congestionné dans toute son étendue. Son poids est de 1 kil. 150, il est de consistance molle et diffluente. La tente du cervelet apparaît tendue plus qu'il n'est normal et congestionnée. Les plexus choroïdes sont également hyperémiés. On ne note rien d'apparent du côté du bulbe, ni du côté des nerfs craniens de la base. Macroscopiquement, la coupe du cerveau et du cervelet ne montre rien d'anormal.

A l'ouverture du canal rachidien, on ne constate ni exsudat ni adhérences anormales au niveau des méninges. M. L. Babonneix a bien voulu étudier les lésions médullaires.

Examen anatomique de la moelle, par M. L. BABONNEIX. — Déjà *macroscopiquement*, apparaissent de grosses altérations, constituées, en premier lieu, par une *hémorragie* en masse occupant les espaces sous-arachnoïdiens sur toute leur hauteur, en second lieu, par des *foyers* plus ou moins irréguliers et volumineux, localisés à la substance grise, et surtout nets au niveau de la moelle lombaire.

Examen histologique. — Un certain nombre de fragments de moelle, situés à diverses hauteurs, ont été prélevés à l'autopsie, fixés au Muller, inclus à la celloïdine et débités en coupes minces qui ont été colorées, les unes au Nissl, les autres à l'hématéine-éosine, au picro-carmin, à l'hématoxyline, etc.

Au niveau de la *moelle dorsale*, ce qui frappe, dès l'abord, c'est cette vaste nappe hémorragique occupant l'espace sous-arachnoïdien et comprimant les racines, sans toutefois les dissocier. Les vaisseaux de la pie-mère, surtout du type artériel. sont partiellement thrombosés ; leurs parois sont épaissies ; enfin de nombreux leucocytes, du type mononucléaire, sont accumulés à leur périphérie, de façon à réaliser des nodules infectieux péri-vasculaires plus ou moins considérables. Le septum médian antérieur est le siège d'une infiltration leucocytaire très accusée.

Le névraxe lui-même offre d'évidentes lésions d'ordre vasculaire, qu'il s'agisse de congestions, d'hémorragies ou de processus diapédétiques. Les vaisseaux sont presque tous injectés bourrés d'hématies ; quelques-uns même sont rompus, de façon à constituer de petits foyers hémorragiques. Autour d'eux s'accumulent des leucocytes mononucléaires, mais, ce qui domine, c'est une infiltration massive, globale, généralisée, due elle encore à des mononucléaires. Cette infiltration, qui constitue la lésion véritablement capitale, *prédomine de beaucoup sur la substance grise.* Elle acquiert toute son intensité au niveau des cornes antérieures où *elle arrive à faire disparaître presque complètement les grandes cellules radiculaires* : sur certaines coupes, celles-ci ont toutes disparu ; sur d'autres, à force de rechercher, on finit par découvrir, près du canal de l'épendyme, quelques moignons cellulaires infimes, indistincts, tuméfiés, globuleux, sans prolongements, atteints de chromatolyse centrale et d'homogénéisation du noyau. Par contre, *les colonnes de Clarke sont normales.* Le canal de l'épendyme est rempli d'une substance grenue, d'aspect fibrinoïde, et l'on y voit, par instant, quelques cellules épendymaires desquamées. La substance blanche offre, de place en place, des nodules infectieux, des petits foyers hémorragiques ou des injections vasculaires : parfois, ces diverses lésions se localisent au niveau des zones situées immédiatement au-dessous de la pie-mère.

Sur des coupes passant par la partie tout inférieure de la moelle dorsale, on retrouve les mêmes altérations, et, en plus, de petits îlots hémorragiques situés à la face interne de la pie-mère, dans la cavité arachnoïdienne par conséquent.

Les coupes de *moelle lombaire* offrent encore des lésions analogues d'ordre surtout vasculaire, et consistant principalement en une infiltration massive, prédominant sur la substance grise. Les grandes cellules radiculaires, ici encore, ont presque complètement disparu ; par place, là où l'infiltration embryonnaire est moins marquée, on en voit quelques-unes, très altérées, privées de leurs prolongements, dont les corps chromatophiles sont presque tous fondus et dont la zone nucléaire est en état d'homogénéisation, mais, pas plus que dans les cas précédents, on ne trouve de foyer d'ischémie.

La *moelle cervicale* présente un aspect identique.

Un certain nombre de *nerfs* (crural, sciatique, tibial antérieur, etc.) ont été fixés à l'acide osmique, puis dissociés dans la glycérine. Ils ne présentent pas de grosses lésions de dégénérescence wallérienne, et si on y trouve parfois quelques fibres en voie de destruction, ces fibres ne sont pas plus nombreuses que sur un nerf normal.

En résumé, anatomiquement, il existait, dans ce cas, de grosses lésions du névraxe et de ses enveloppes. Les lésions centrales étaient presque toutes d'ordre vasculaire ; la plus importante consistait en une infiltration massive de la substance grise, ayant fait disparaître à peu près complètement les grandes cellules radiculaires. Quant aux lésions méningées elles se caractérisaient par de vastes hémorragies sous pie-mériennes. Les nerfs étaient intacts.

Ce cas semble offrir, au point de vue anatomique, un triple intérêt : 1° intérêt et généralisation des lésions vasculaires ; 2° disparition quasi-totale des grandes cellules radiculaires contrastant avec l'intégrité du nerf, phénomène dû sans doute à ce que la maladie a évolué trop vite pour laisser aux fibres nerveuses le temps nécessaire à leur destruction ; 3° intégrité des colonnes de Clarke, qui, dans les poliomyélites, sont habituellement plus altérées que le reste de la substance grise.

M. DARRÉ, auquel nous avons remis le bulbe, en a pratiqué une émulsion dans l'eau glycérinée au tiers. Malheureusement le bulbe ayant été envahi par des agents d'infection secondaires, une inoculation sous cutanée seule fut pratiquée sur un macaque et demeura sans résultats.

Réflexions.—Nous avons donc assisté à l'évolution d'une myélite aiguë *diffuse* avec lésions prédominant au niveau de la substance grise et des cornes antérieures en particulier. En hauteur, les lésions ont envahi le bulbe, en largeur elles ont gagné les enveloppes méningées, et cliniquement cette myélite a revêtu le tableau classique de la maladie de Landry.

Cette maladie autrefois envisagée comme entité morbide tend de plus en plus à être considérée comme un

syndrome qui peut relever de lésions centrales, radiculaires ou névritiques, lésions isolées ou réunies, associées ou non à des altérations méningées.

Dans le cas que nous présentons, ces dernières étaient manifestes cliniquement et anatomiquement. Leur existence fut contrôlée par la ponction lombaire, qui présenterait en outre, d'après Brissaud, Sicard et Tanon (1), Sicard et Bauer (2), Rénon et Monier-Vinard (3), un intérêt pronostique. D'après ces auteurs, la présence de leucocytes abondants dans le liquide céphalo-rachidien serait le fait d'une lésion médullaire, leur absence au contraire l'indice d'une atteinte polynévritique, et, dans le premier cas, la guérison serait exceptionnelle. Mais les travaux étrangers (Leegard, Collins) sont en désaccord avec cette dernière affirmation. Ils semblent établir que de toutes les formes de la paralysie infantile, la forme méningitique est celle qu'on a le plus de chance de voir aboutir à une guérison complète. D'après Leegard, la guérison surviendrait dans 22 % des cas et l'observation récente publiée par Paisseau et Troisier (4) vient confirmer l'opinion de ce dernier auteur. La gravité du cas que nous publions est liée uniquement à la progression rapide des lésions médullaires.

Notre observation présente un grand intérêt au point de vue de la question toute d'actualité *des relations de la maladie de Landry et de la poliomyélite aiguë*. Petitfils (5), élève de Charcot, admettait déjà que les deux affections peuvent être identiques. Tout récemment Harlitz et Scheel, Wickman se sont montrés encore plus affirmatif. A leur avis, les relations anatomiques et étiologiques qui existent entre elles ne sauraient faire aucun doute dans un bon nombre de cas. Bien que les inoculations au singe soient demeurées négatives, le cas que nous présentons semble apporter un appoint sérieux à cette dernière théorie en raison de la notion épidémiologique qui paraît évidente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1910

Nouveau cas de propagation de la fièvre de Malte par les cultures de laboratoire. — MM. ***Arloing***, ***Courmont*** et ***Gaté*** rapportent un nouveau cas de fièvre de Malte contractée au laboratoire de médecine expérimentale par l'un d'eux, préparateur de bactériologie. Celui-ci mania journellement des cultures de *micrococcus meliiensis* pendant le mois d'avril ; en mai, se déclara une fièvre de Malte indiscutable qui dura soixante jours. Aucune autre cause de contagion que le maniement des cultures ne put être invoquée.

M. ***Debove*** signale le cas d'une malade qui contracta la fièvre de Malte à La Bourboule par l'absorption, au cours d'une excursion, d'un seul verre de lait de chèvre.

Signification des anomalies de l'appareil hyoïdien. — M. ***Retterer.***

L'appareil de couverture du larynx. — M. ***Sébileau.***

Sur la formation du pigment hématogène. — M. ***Prenant.***

La déclaration des maladies infectieuses aux colonies. — M. ***Vincent.***

Elections. — MM. ***Debayle*** (de Léon, Nicaragua) et ***Oui*** (de Lille) sont élus correspondants nationaux.

(Benjamin Bord.)

(1) Brissaud, Sicard et Tanon. — *Congrès de Lille*, août 1905.
(2) Sicard et Bauer. — *Soc. de neurologie*, 5 avril 1906.
(3) Rénon et Monier-Vinard. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 juillet 1909.
(4) G. Paisseau et Jean Troisier. — *Gaz. des Hôp.*, 1910, n° 116.
(5) Petitfils. — *Thèse de Paris*, 1873.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 novembre 1910.

M. ***Danlos***, au début de la séance, rappelle que le premier il préconisa les arsenicaux de faible toxicité dans le traitement de la syphilis.

Méningite à pneumo-bacilles. — MM. ***Guinon*** et L. G. ***Simon*** ont observé un enfant de 5 ans atteint de méningite à pneumobacilles de Friedlander. L'affection évolua spontanément vers la guérison. Trois ponctions lombaires furent pratiquées et montrèrent d'abord de la polynucléose, puis de la lymphocytose. Comme particularité, on nota vers le 4ᵉ jour une hyperesthésie du cuir chevelu qui n'était d'ailleurs qu'un signe précurseur d'un herpès très étendu.

Le pneumo-bacille décelé dans le liquide céphalo-rachidien fut également retrouvé dans le mucus du naso-pharynx.

Epidémie de polymyélite aiguë. — M. Jules ***Renault*** rapporte l'histoire d'une épidémie de poliomyélite aiguë observée dans 4 communes contiguës de la Creuse. Il y eut en octobre 31 cas. Il a vu les 4 types cliniques suivants : 1° Dans les premiers jours, phénomènes méningés, puis phénomènes paralytiques ; 2° Troubles fébriles sans troubles méningés, phénomènes paralytiques ; 3° Phénomènes méningés très importants, puis mort au 3ᵉ jour par des phénomènes paralytiques bulbaires ; 4° Phénomènes méningés et paralysies transitoires ensuite. Les mesures prophylactiques furent simples mais énergiques et depuis le 1ᵉʳ novembre il n'y a pas eu de nouveaux cas.

Ictère infectieux bénin d'origine paratyphique. — M. ***Lemierre*** communique l'observation d'une femme qui fut atteinte au 8ᵉ mois d'un ictère infectieux avec état typhoïde. La guérison survient en 3 semaines, sans que la marche de la grossesse fût troublée. L'ensemencement du sang pratiqué le 6ᵉ jour de la maladie, donna un bacille paratyphique B agglutiné par le sérum de la malade, à un taux élevé. Les ictères infectieux d'origine paratyphique ou para-coli-bacillaire constituent actuellement un groupe morbide bien connu grâce à une série d'observations où le diagnostic a été fait à l'aide de la réaction agglutinante (Netter et Ribadeau-Dumas, Sacquépée et Fras, Demanche) ou de l'hémoculture (Widal, Lemierre et R. Bénard, O. Scheel). Ces ictères peuvent revêtir des types divers, depuis celui de l'ictère catarrhal jusqu'à celui de l'ictère grave. A l'étiologie commune correspond pour toutes les formes, une pathogénie commune : les lésions hépatiques sont secondaires à la septicémie.

Hémorragies étendues des hémisphères cérébraux et du corps calleux sans symptômes de localisation au cours d'une pyélonéphrite ancienne. — MM. ***Lereboullet*** et ***Lagane*** ont suivi un malade, jeune encore, qui a succombé à la suite de lésions hémorragiques du cerveau, étendues et multiples. Le malade n'avait d'autre cause à ces hémorragies qu'une pyélonéphrite ancienne très avancée, avec lithiase secondaire, due à une blennorragie, et qui était restée relativement latente pendant quatre ans. L'observation est surtout remarquable par la discordance entre la symptomatologie demeurée très fruste, et les lésions constatées. Le malade n'avait présenté, cliniquement, qu'un syndrome vague d'hémorragie méningée, décelée par la ponction lombaire et une faiblesse cardio-vasculaire extrême avec hypotension très accusée. Aucun symptôme d'apoplexie, aucun signe de localisation n'existaient et pendant les 17 jours qui séparèrent la première ponction de la mort, rien ne vint traduire les hémorragies déjà produites. L'autopsie révéla, en outre, l'existence de lésions calleuses marquées, constatation qui mérite d'être relevée en l'absence d'apraxie chez ce malade, en raison du rôle qu'on a fait jouer au corps calleux dans la genèse de ce symptôme.

Forme hypertrophique de la cirrhose de Laënnec. — MM. ***Debove***, F. ***Trémolières*** et André ***Cain*** ont observé un malade, alcoolique avéré, qui présentait les signes d'une cirrhose hypertrophique éthylique d'Hanot-Gilbert à forme anascitique, et mourut d'ictère grave.

A l'autopsie on put vérifier l'augmentation de volume et la sclérose du foie. Mais cet organe avait l'aspect clouté de la cirrhose de Laënnec. Il en présentait aussi, à l'examen histologique, les lésions essentielles, atrophie cellulaire manifeste sans aucun

indice d'hyperplasie et sclérose très développée. C'est le tissu conjonctif exubérant en pleine activité qui constituait presque toute la masse hépatique hypertrophiée. La cirrhose n'était hypertrophique qu'en apparence, elle était atrophique en réalité.

Il n'existe donc pas de rapport nécessaire entre le volume du foie et l'état de ses cellules, par conséquent entre l'atrophie ou l'hypertrophie hépatique et le pronostic de la cirrhose éthylique, ainsi qu'on le dit classiquement.

Il serait préférable d'adopter, au lieu de la classification purement clinique établie d'après la prédominance de l'un des deux syndromes fondamentaux des cirrhoses veineuses, le syndrome d'hypertension portale et celui d'insuffisance hépatique.

Mieux que la division actuelle, elle permettrait de discerner les éléments du pronostic et les indications de l'intervention thérapeutique.

Guérison du rhumatisme blennorrhagique par les injections de sérum antiméningococcique. — MM. Louis ***Ramond*** et ***Chiray*** présentent cinq malades qui atteints de mono-arthrite blennorrhagique à forme phlegmoneuse furent guéris par le sérum antiméningococcique de l'Institut Pasteur injecté sous la peau de l'abdomen et dans un cas dans l'articulation elle-même. Après une dose de 20 centimètres cubes, les douleurs diminuèrent rapidement, la tuméfaction s'atténua, les épanchements intra et péri-articulaires se résorbèrent rapidement. Dans les cas tardivement traités le sérum n'empêcha pas l'ankylose. En somme, confirmation des résultats de MM. Pissavy et Chauvin, prouvant la valeur du sérum antiméningococcique dans ces cas.

Entéro-colite chronique avec insuffisance amylopepsique. — MM. ***Labbé, P. Carrié*** et ***Roland*** rapportent l'observation d'un malade atteint depuis 6 ans d'entérite chronique. L'examen coprologique révèle la présence d'amidon dans les selles et d'autre part la bonne digestion des graisses et des albuminoïdes. L'étude des coefficients d'absorption intestinale précise ces données : les coefficients d'absorption des albuminoïdes (89.26 p. 100 au lieu de 92) et des graisses (93.13 au lieu de 95) sont presque normaux, tandis que le coefficient d'absorption des H. de C. est considérablement abaissé : 85.18 p. 100 au lieu de 98 à 100 p. 100. Cet examen a porté sur les diverses variétés d'H. de C. et a montré pour tous l'insuffisance de leur digestion.

L'étude de la valeur diastasique des sucs digestifs a été faible : la salive et le suc gastrique sont normaux. La valeur fonctionnelle du pancréas (digestion des noyaux, épreuve de Sahli, digestion des capsules kératinisées, recherche de l'amylase fécale) semble notablement diminuée.

Un régime comprenant très peu d'H. de C., les bouillies maltosées, les extraits pancréatiques, les ferments végétaux (amylodiastase) ont amélioré considérablement le malade, puisqu'il n'a plus qu'une selle, moulée, par jour et que le coefficient d'absorption des H. de C, a atteint 98.48 p. 100.

Il s'agit donc d'un cas de dyspepsie élective des amylacés, où l'on peut distinguer un double trouble : insuffisance diastasique puisque les H. de C. ne sont pas intégralement transformés, et insuffisance d'absorption intestinale, puisque dans les selles on trouve du glucose, sucre assimilable. Ce cas est à rapprocher des cas décrits par Smith et Strassburger, et des cas rapprochés par J.-C. Roux. Il diffère des premiers (par l'absence des fermentations des selles, qui ne permet pas de les ranger sous le nom de dyspepsie de fermentation, donné par ces auteurs : des seconds, qui sont d'origine diététique, par son étiologie ; des uns et des autres par l'intensité de l'insuffisance amylopepsique que n'atteint aucun autre cas signalé antérieurement. FAGE.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 novembre 1910.

Lithiase et tuberculose rénales associées. Néphrectomie. — ***M. Le Fur*** présente une pièce de rein diagnostiqué cliniquement et bactériologiquement comme tuberculeux et dans lequel les lésions essentielles étaient constituées par de nombreuses poches contenant plusieurs calculs, dont certains volumineux.

A propos des hémorragies syphilitiques. — ***M. Brochin*** rapporte le cas d'un malade syphilitique qui a présenté des hémorragies conjonctivales à répétition qui ont cédé à la reprise du traitement spécifique.

Un cas de symphyse cardiaque traitée par thoracectomie. — ***M. Leuret.*** Il s'agit d'une malade de 15 ans atteinte de symphyse cardiaque congénitale avec une aggravation considérable à 13 ans causée par une poussée de rhumatisme articulaire avec péricardite. Depuis son enfance, la malade garde le lit, mais depuis plus de 6 mois, elle garde dans le lit une immobilité absolue remuant à peine la tête pour manger.

Opération le 26 août. — Chloroformisation après tentative d'anesthésie. Taille d'un grand lambeau à charnière externe empiétant un peu sur le sternum. Résection des 4e 5e et 6 côtes et cartilages sur une longueur de 12 cm. Réunion par première intention.

Huit jours plus tard, la malade peut s'asseoir. Le 20 septembre, elle marche seule et, trois jours plus tard, elle peut descendre un étage. Cet état s'est maintenu jusqu'ici. Le soulagement est donc considérable et sans qu'on puisse parler de guérison, l'amélioration autorise l'intervention dans les cas de symphyse cardiaque.

Présentations. — ***M. Monnier*** présente un enfant de 6 ans chez lequel il a enlevé une anse intestinale exclue depuis 15 mois. Cette anse, qui entretenait une fistulette, n'avait pas subi la moindre atrophie contrairement au cas rapporté par M. Cazin dans une séance précédente.

M. *Monnier* présente un enfant de 8 ans guéri d'un hypospadias péno-balanique en 8 jours par le procédé de von Hacker. Il attribue ce rapide et heureux résultat à ce qu'il a au préalable dilaté jusqu'au nº 13 le méat anormal et sectionné une minuscule bride amenant la formation d'une petite fossette en arrière et un peu au-dessus du méat. Cette dilatation préalable a rendu l'opération beaucoup plus facile.

M. Le Bec pour convaincre ses collègues à la voie vaginale présente un utérus fibromateux avec deux hématosalpinx enlevé par voie vaginale, remarquable par le volume des morceaux de morcellement.

M. Genouville présente un rein tuberculeux intéressant en raison de ses petites dimensions.

M. Péraire montre une série d'appendices qui étaient déformés coudés, tordus sur leur axe ou à leur extrémité. L'auteur pense que ces déformations sont congénitales et expliqueraient la fréquence de l'appendicite dans une même famille. A. HUGUIER.

BIBLIOGRAPHIE

Le diagnostic des maladies nerveuses ; par le Dr PURVES STEWART, traduction du Dr F. HELME. Alcan, édit., Paris 1910).

Une préface du Dr Helme est une bonne fortune pour l'auteur ; car on la lit avec infiniment de plaisir et de profit, et elle vous incite toujours à poursuivre votre lecture et à connaître l'ouvrage qu'elle présente au public. C'est ce qui arrivera à tout confrère qui se trouvera dans ma condition.

Il faut avouer d'ailleurs que nous avons été injustes jusqu'à ces derniers temps vis-à-vis de nos amis d'Outre-Manche. Nous n'avions d'admiration que pour nos confrères allemands ; et cependant l'empreinte de l'esprit anglais se trouve à chaque pas dans l'étude des maladies du système nerveux. Comme le dit avec beaucoup de raison M. Helme, ne sommes-nous pas frappés de tous les noms anglais qui peuplent notre nomenclature : maladies de Little, de Parkinson, épilepsie jacksonnienne, signe d'Argyll Robertson, sans compter les noms des physiologistes, cliniciens et opérateurs, tels que Ferrier, Head, Horsley etc., etc.

Ce qui caractérise le livre de M. Stewart, et l'on pourrait dire tous les livres didactiques anglais, c'est le souci d'être clair, simple et avant tout pratique ; pas de théories alourdissant l'exposé, mais bien la description des faits tels qu'ils sont, avec leur interprétation purement clinique. M. Stewart prend à tour de rôle tous les grands symptômes de la pathologie nerveuse, il les définit, nous montre la meilleure façon de les observer, et les conditions dans lesquelles ils se produisent le plus ordinairement. C'est donc un traité pratique de séméiologie des maladies nerveuses. Il en existe peut-être déjà en France ; mais je doute que ceux-ci soient mieux compris, plus simples, plus pratiques en un mot. F. R.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les crises intestinales des aortiques ;

Par **Maurice LOEPER**,
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Les manifestations gastriques consécutives aux lésions de l'aorte thoracique sont bien connues et les différents aspects cliniques qu'elles peuvent revêtir : douleurs dyspeptiques vagues, crises gastriques, angine de poitrine à type gastralgique, sont devenues classiques.

Dans un grand nombre de cas, ainsi que le démontrent les travaux du Professeur Teissier et de ses élèves, la lésion artérielle n'est pas localisée à la région thoracique, mais s'étend à l'aorte abdominale et aux artères cœliaques, de sorte que la crise gastrique, avec tous ses symptômes caractéristiques : vomissements, angoisse, douleurs, tendances syncopales, apparaît bien souvent comme la traduction d'une aortite abdominale plus ou moins étendue.

La crise intestinale est sans contredit moins fréquente et les observations n'en sont pas encore très nombreuses. Nous connaissons pourtant, par une série de communications de Teissier, par le travail de Benech, les relations qui unissent certaines entérocolites mucomembraneuses, certaines diarrhées et certaines constipations intermittentes et répétées aux lésions de l'aorte abdominale, et, dans son intéressant ouvrage, le professeur Pal (1) établit l'existence chez les athéromateux de crises abdominales dans lesquelles la réaction de l'intestin prime de beaucoup celle de l'estomac. La crise d'intestin peut donc être considérée chez les aortiques comme l'équivalent inférieur de la crise d'estomac, à laquelle elle peut d'ailleurs s'associer et avec laquelle elle alterne même dans un certain nombre de cas.

Ces accidents ne sont en somme que l'exagération de troubles intestinaux plus discrets que l'on rencontre assez fréquemment chez les aortiques ; douleurs vagues, contractions intestinales, météorisme, alternatives de constipation et de diarrhée.

Je laisserai de côté dans cet article les accidents atténués dont l'allure clinique et la physionomie n'ont rien de très intéressant pour m'occuper uniquement de la *crise intestinale* et je m'efforcerai d'en définir les symptômes et les formes principales et, si possible, d'en prouver les caractères différentiels et la pathogénie.

***

La crise intestinale des aortiques revêt quatre types principaux : crise douloureuse avec ou sans spasme intestinal, crise coprostatique, crise diarrhéique, crise mucorrhéique ; à chacune de ces crises peuvent s'associer de légères suffusions hémorragiques.

Des exemples permettront de se faire une idée assez exacte de ces différentes variétés.

Un malade que j'ai vu, il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu et qui vint consulter à plusieurs reprises pour des troubles cardiovasculaires accompagnés de rudesse aortique et de manifestations intestinales vagues, est pris en avril 1910 de douleurs dans la fosse iliaque gauche avec rétraction de la paroi, envies de vomir et constipation. Lorsqu'on l'examine au 3e jour, le ventre est légèrement rétracté, la palpation de la fosse iliaque gauche est difficile : on peut cependant y percevoir un boudin dur, mobile, extrêmement sensible et dont la résistance paraît augmenter et s'étendre sous la pression de la main.

Le côlon transverse est contracté sans être aussi fortement douloureux ; le cæcum est, lui aussi, dur et résistant ; la paroi abdominale est hyperesthésiée dans le flanc gauche ; la pression de la zone épigastrique est pénible et l'on réveille une douleur exquise au point mésentérique supérieur et surtout au point mésentérique inférieur et au point iliaque gauche. Lorsqu'on déprime la paroi, on trouve une aorte étalée, manifestement dilatée, au niveau de la 1re et de la 2e lombaire. Les battements en sont durs et un peu précipités. Les iliaques sont d'ailleurs athéromateuses ainsi que les fémorales. La pression artérielle, habituellement de 19, est actuellement de 21, et paraît s'élever encore dans les différentes manœuvres de palpation.

Je fis le diagnostic d'entérospasme et entéralgie chez un aortique et la radiographie faite par M. Infroit confirma l'existence d'une dilatation de l'aorte dans la traversée diaphragmatique et la région épigastrique.

Le malade fut traité par les applications de compresses humides, l'extrait de gui et l'iodure, et parut assez notablement amélioré. Je ne l'ai pas revu depuis.

J'ai souvenir d'un autre aortique, homme de 58 ans, souffrant de syncopes et de bradycardie, chez qui les crises gastralgiques avec spasme de l'œsophage et du cardia alternaient avec des phénomènes entéralgiques. L'aorte abdominale était élargie, les iliaques dures et calcaires.

Ces deux observations concernent des *crises entéralgiques avec entérospasme* et constipation dont la relation avec l'altération aortique semble très probable sinon certaine. Plusieurs observations de Pal et de Teissier sont semblables aux précédentes.

A son degré le plus accentué, l'entérospasme détermine la *crise coprostatique* simulant l'obstruction et même l'occlusion intestinale la plus franche. Je n'en ai pour ma part jamais observé, mais on en peut trouver un bel exemple dans un travail déjà ancien de Thorowgood (1). Le malade, atteint de spasme intestinal grave, fit une crise d'occlusion dont il mourut. L'autopsie permit de constater l'athérome de l'aorte et des artères mésentériques, lésions que l'auteur n'hésite pas à incriminer dans la production des accidents. De ce dernier type doit-on rapprocher une *crise* en quelque sorte *flatulente* où le météorisme apparaît brusquement et persiste plusieurs jours avec tous ses inconvénients.

La diarrhée n'est pas rare chez les aortiques ; elle est quelquefois assez rebelle aux médicaments et l'on a tendance à l'attribuer à quelque colite ou entérite si fréquente chez les vieillards.

Cette diarrhée revêt dans certains cas l'allure d'une *crise diarrhéique* véritable. Au cours d'un état de santé en apparence satisfaisant, mais pourtant, de temps à autre interrompu par des troubles dyspnéiques et des phénomènes de claudication de la jambe droite, un homme de 67 ans, que j'ai vu il y a quelques années, fut pris de crampes intestinales puis de diarrhée abondante qui se renouvelait jusqu'à 7 ou 8 fois dans les 24 heures et dura ainsi 4 mois avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

Après une période de silence, ce malade accusa des douleurs gastralgiques et entéralgiques puis des besoins fréquents et impérieux d'aller à la selle, une véritable diarrhée séreuse analogue à celle que signale Teissier et mourut en 3 jours d'un anévrysme disséquant, de l'aorte abdominale.

Plus fréquente est peut-être encore la *crise mucorrhéique*. On sait combien banal est le syndrome entérocolitique chez

1) Pal. — Les crises vasculaires. Leipzig 1905, et traduction de Bablon, 1907.

(1) Thorowgood.— Fatal case of intestinal obstruction. *The Lancet*, 1er février 1893.

les femmes et les vieillards et combien multiples sont les causes qui peuvent lui donner naissance. Potain et Teissier les premiers, insistèrent sur son origine aortique. Les malades présentent par période des douleurs abdominales et de véritables débâcles glaireuses et mucomembraneuses. On constate des battements aortiques et n'était l'état de leur système artériel, on serait tenté de rapporter les pulsations épigastriques à un éréthisme vasculaire banal. C'est souvent une erreur. J'ai vu autrefois, avec le Dr Ardouin, un homme de 62 ans, chez qui les manifestations angineuses indiquaient une altération profonde de la région aortique. Les phénomènes mucorrhéiques alternaient chez lui avec l'angor. Un traitement à Châtel-Guyon parut l'améliorer. Il mourut de gangrène du membre inférieur ; tout son système aortique était athéromateux. Je pourrais citer une autre observation du même ordre qui concerne une malade de 58 ans qui fut d'ailleurs examinée à Lyon par le Prof. Teissier, qui porta bien avant moi le diagnostic de colite symptomatique ; le Dr Weber m'a communiqué un cas du même ordre où les crises angineuses alternaient avec les crises d'entérospasme et de mucorrhée (1).

Dans certaines observations, on signale l'apparition d'*hémorragies* intestinales discrètes et nous-même avons vu chez un athéromateux de l'aorte abdominale survenir quelques émissions sanguines dont la plupart n'étaient décelables que par les réactifs chimiques. Lorsqu'elles sont abondantes elles ne peuvent être attribuées qu'à des ulcérations thrombosiques, à des infarctus plus ou moins étendus. Je ne m'y arrête pas, car l'infarctus dépend plus des lésions mésentériques que des lésions aortiques et constitue à lui seul une maladie particulière de l'intestin.

***

On comprend combien dans ces différents cas peut être difficile un diagnostic exact, les symptômes intestinaux masquant pour un temps plus ou moins long les accidents et les lésions aortiques. Les crises entéralgiques existent chez de simples nerveux, chez des diabétiques, des oxaluriques, des tuberculeux ; elles peuvent apparaître chez des pancréatiques, chez des malades atteints de mal de Pott ou de névralgies radiculaires ; elles sont bien connues chez les tabétiques et en général, chez les malades atteints de myélite ou de méningo-radiculite. L'analogie est telle que la distinction est impossible en dehors des signes capitaux de ces affections. Je ne puis m'attarder à détailler le diagnostic différentiel. Il réside surtout dans la constatation des battements aortiques, des douleurs irradiées et des lésions vasculaires périphériques.

Malheureusement, les battements aortiques n'ont en eux-mêmes aucune valeur ; l'éréthisme vasculaire est chose banale et n'a aucun rapport avec les lésions même du vaisseau. La dilatation de l'aorte n'est souvent qu'apparente, sa sensibilité est la règle chez les dyspeptiques et entéritiques. A moins qu'on ne constate de l'inégalité ou de l'irrégularité du vaisseau, à plus forte raison une ectasie véritable, on ne peut faire un diagnostic. Aussi est-ce bien plus sur les phénomènes de voisinage que l'on devra se guider ; chez les malades atteints d'aortite, il existe des douleurs lombaires, des irradiations intercostales ou lombo-abdominales, des phénomènes de claudication, de l'induration des artères périphériques. L'angor est trompeuse, car elle n'est pas si éloignée de la fausse angine pour qu'on l'en distingue aisément et la fausse angine existe chez les entéritiques. La tension artérielle, pour élevée qu'elle soit chez les aortiques vrais et abaissée dans l'entérocolite authentique, ne constitue qu'un signe relatif.

On ne doit jamais négliger la radiographie qui donne des résultats souvent précis en matière d'anévrysme, non plus que l'examen des selles qui permet parfois de déceler, à l'œil nu ou au microscope, voire par la réaction de Weber et de Meyer, une certaine quantité de sang. Mais l'hémorragie même occulte n'apparaît guère que dans les lésions des mésentériques, dans les petits infarctus intestinaux ; elle faisait défaut dans tous les cas que j'ai étudiés plus haut.



La pathogénie de ces accidents est assez délicate. Dans quelques observations où l'anévrysme ou l'aortite sont évidents, où les lésions de périaortite soudent l'aorte aux tissus voisins, où l'inflammation gagne nettement les filets nerveux, l'origine nerveuse ne fait aucun doute et la crise intestinale apparaît comme une *crise de névrite solaire*. Quand les lésions sont discrètes et limitées à l'artère et que le système nerveux peut être considéré comme intact, l'excitation du plexus abdominal, la névralgie solaire, semble encore très vraisemblable.

L'analogie très grande des différents types cliniques que je viens de décrire avec ceux que l'on rencontre dans le tabès constitue donc un argument en faveur de cette hypothèse.

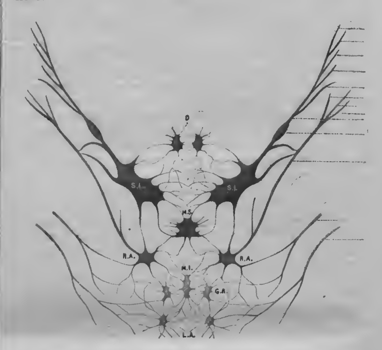


Schéma des plexus d'innervation de l'estomac et de l'intestin
Ganglions solaires et plexus mésentériques.

Je ne reviendrai pas sur la disposition de ce plexus que j'ai déjà étudié dans plusieurs leçons (1). Qu'il suffise de dire que l'irritation du plexus supérieur, c'est-à-dire des ganglions solaires, provoquera surtout des crises gastriques, celle du ganglion mésentérique supérieur, des crises du côlon ascendant et du grêle, celle du ganglion mésentérique inférieur, des crises du côlon transverse et descendant.

Le plexus solaire inférieur tient sous sa dépendance tout le fonctionnement intestinal. Expérimentalement, son excitation ou sa section détermine le spasme, la diarrhée, la

(1) M. Loeper. — Angine de poitrine et entérocolite. *Bulletin médical* 1908 et Leçons de pathologie digestive, p. 93.

(1) Voir : Les crises entéralgiques du tabès et les névralgies intercostales radiculaires. M. Loeper : Leçons de pathologie digestive. Masson, 1910, p. 123-165.

constipation, voire l'entérocolite mucomembraneuse. Son irritation par l'aorte malade peut donc fort bien être responsable des crises que je viens de décrire.

Fait important d'ailleurs, au cours de tous les examens, on trouve une exacerbation très nette des centres nerveux de l'abdomen , et l'on met en évidence les points douloureux que j'ai décrits avec Esmonet et qui caractérisent les cœlialgies.

Dans quelques observations, on peut mettre en cause l'oblitération incomplète, le rétrécissement ou le spasme des artères mésentériques elles-mêmes, et Thorowgood et d'autres auteurs semblent se rallier plutôt à ce second processus pathogénique. Il n'est pas douteux que les modifications mécaniques de la circulation intestinale peuvent produire à elles seules le spasme, le météorisme et même la diarrhée qui apparaît alors comme un véritable œdème de l'intestin.

Pour Pal, la crise intestinale ne serait qu'une crise d'hypertension de la masse intestinale. Cette opinion, pourtant si brillamment défendue, paraît assez discutable et la constatation de l'hypertension dans les crises aortiques n'implique nullement qu'elle soit la cause et non la conséquence des accidents nerveux et intestinaux. Depuis longtemps, nous savons par les expériences de Cyon, de Laffont, et celles plus récentes de Laignel-Lavastine (1) que l'excitation des ganglions semilunaires, surtout le droit, du ganglion mésentérique droit et gauche et aussi des filets mésentériques et intestinaux entraine de l'hypertension. Je conclus : La crise intestinale est dans la plupart des cas une crise de névralgie ou de névrite solaire, une *crise collialgique* avec ses conséquences à la fois vasculaires et intestinales, et dans d'autres une *crise* véritablement *vasculaire* consécutive à l'obstruction plus ou moins complète et durable des artères de l'intestin.

***

Dans le traitement des crises entéralgiques des aortiques, on doit considérer à la fois l'élément intestinal et l'élément vasculaire.

La douleur sera souvent calmée seulement par la morphine. Les applications de glace sur la paroi modifieront parfois les manifestations angialgiques ; l'administration d'huile combattra les spasmes rebelles.

Pal, convaincu de l'origine hypertensive, recommande la trinitrine, le nitrite d'amyle, et le nitrite de soude et de fait dans certains cas a pu enrayer les accidents de façon rapide. D'autres hypotenseurs, comme le gui, ont été employés avec succès.

Ultérieurement, on utilisera l'iode et l'iodure à petites doses. Quant à l'électrisation abdominale par la méthode de Doumer, aux courants de haute fréquence, ils semblent convenir à la fois à la manifestation intestinale et à la lésion vasculaire dont elle est la conséquence.

(1) Laignel-Lavastine. — Le plexussolaire. Thèse de Paris.

Traitement du lupus tuberculeux par les scarifications systématiques et la radiothérapie ;

Par J. BELOT et A. FAGE,
Assistants du Dr Brocq, à l'hôpital Saint-Louis.

I. De l'éclectisme en fait de traitement du lupus.

Notre maître Brocq enseigne chaque jour dans son service de l'hôpital Saint-Louis, qu'il convient d'être éclectique en fait de traitement du lupus.

Nous trouvons ses idées résumées dans sa communication au Congrès de Budapest (1909) sur le traitement du lupus vulgaire du nez par les scarifications.

« Après avoir observé, dit-il, d'une manière aussi impartiale que possible les lupiques que j'ai fait traiter autour de moi depuis 1900 (1), après avoir étudié de près nombre de publications parues depuis cette époque, j'en suis arrivé à cette conviction bien établie et que partagent avec moi, du moins ce me semble, nombre de mes collègues, qu'il n'existe pas un traitement univoque du lupus vulgaire, un traitement vraiment supérieur à tous les autres dans tous les cas, mais qu'il y a plusieurs méthodes thérapeutiques excellentes contre cette affection, et qu'il faut savoir appliquer suivant le cas. Souvent même, dans un cas donné, il convient de combiner plusieurs procédés pour arriver plus promptement à la guérison. Telle est la méthode mixte que nous avions déjà préconisée en 1886 et à laquelle se sont ralliés depuis lors nombre d'auteurs ».

« Un lupus donné n'est d'ailleurs guère comparable à un autre lupus au point de vue de sa marche, de son évolution et de sa curabilité. Je vais plus loin : un lupus donné n'est souvent pas identique à lui-même pendant toute sa durée. Il a des périodes saisonnières d'activité et de calme ; il a, en outre, des phases inexplicables en apparence de grande extension et de torpidité »

II. Association des agents physiques dans le traitement du lupus

L'Association des agents physiques divers dans le traitement du lupus n'est donc pas, comme on le voit, chose nouvell

Gibson est d'avis de traiter certains lupus en combinant la haute fréquence et la radiothérapie

Kienböck, Holzknecht, Ullmann, préconisent l'association de la radiothérapie et de la photothérapie.

Jeanselme et Chatin (2) conseillent également d'associer la radiothérapie et la photothérapie dans le cas d'un lupus très étendu.

Friedmann, dans un livre paru cette année même (3), est d'avis que dans les formes de lupus exubérants et ulcérés, avant de commencer le traitement photothérapique, il faut faire des applications de rayons Rœntgen pour niveler et *épithéliser* les surfaces. La compression devient alors facile, et n'est point douloureuse.

Récemment, Darbois (4) a fait connaître qu'il employait un traitement mixte ; « Des doses de 3 ou 4 H par séance, sont suffisantes, alors même que les séances sont distantes d'une vingtaine de jours, pour produire des modifications heureuses. C'est surtout sur le lupus tumidus que cette action est sensible. Le changement de volume, l'affaissement de la néoplasie lupique, est rapide ».

« Mais une fois la première amélioration obtenue, les progrès s'arrêtent. La peau prend progressivement un aspect cicatriciel, et dans le tissu plus ou moins sclérosé , on peut noter la persistance de nodules lupiques. La guérison n'avance plus. Il n'en est pas de même si, dans l'intervalle des applications radiothérapiques, on fait des séances de photothérapie. Progressivement les noyaux lupiques s'atténuent, disparaissent. La maladie évolue franchement vers la guérison, qui est obtenue plus vite qu'en employant la photothérapie seule »

(1) Date de nombreuses communications sur la finsenthérapie.
(2) Congrès de la Tuberculose, Paris, 1905.
(3) La photothérapie, Paris, Vigot, 1910.
(4) Société de radiologie médicale, novembre 1909 ; discussion à la suite de la communication de Belot et Jaugeas : radiothérapie dans le lupus vulgaire.

Lenglet, dans son rapport au Congrès de Budapest (1), insiste tout particulièrement sur la nécessité de se servir des rayons X comme agent modificateur, à faible dose, en associant leur action à celle du grattage, de la scarification ou de tout autre agent physique.

Sourdeau (2), dans sa thèse, faite sous la direction de Lenglet, rapporte plusieurs observations de lupus guéris ou très améliorés par des traitements variés successifs, scarification, électrolyse, radiothérapie, haute fréquence.

Enfin, nous rappellerons que depuis longtemps l'un de nous, B., dans le service du Dr Brocq, combine différentes méthodes physiques dans le traitement du lupus. Ce point particulier fut l'objet d'une discussion au Congrès de l'A. F. A. S, Clermont, 1908 (3).

Mais l'emploi systématique, dans le traitement de certains lupus, des scarifications et de la radiothérapie nous a semblé donner des résultats assez remarquables pour en faire une étude d'ensenble et en fixer minutieusement la technique (4).

III. Radiothérapie dans le lupus.

Depuis les premiers travaux de Schiff, puis de Schiff et Freund en 1896 et 1897 sur l'application des rayons X au traitement du lupus, les communications et les études sur cette question se sont multipliées. Néanmoins, les auteurs ne sont pas d'accord quant aux résultats de ce traitement (5). Les uns s'en montrent très enthousiastes. Ainsi dans un travail récent, C. du Bois (6) rapporte deux cas de lupus tuberculeux du nez guéris par la radiothérapie, et il conclut de ses résultats qu'on peut placer la radiothérapie à côté, si ce n'est avant la finsenthérapie dans la liste des agents thérapeutiques du lupus végétant.

La durée du traitement serait presque égale avec les deux méthodes. Pour du Bois, la photothérapie paraît devoir être réservée aux grands lupus plans, aux surfaces suffisamment résistantes pour une compression efficace, tandis que la radiothérapie est la méthode de choix pour la tuberculose des orifices naturels, du nez en particulier. Cette forme de lupus étant des plus graves, du Bois estime que tout autre thérapeutique est préjudiciable au malade. Les rayons X en enrayent l'évolution d'une façon certaine, et s'ils sont appliqués suffisamment tôt, on peut avoir la chance d'éviter la déformation de l'organe. Le procédé des faibles doses souvent répétées donne une cicatrisation définitive sans apparition de télangiectasies.

Beaucoup d'auteurs ne partagent pas l'opinion exclusive de du Bois. Dans des cas exceptionnels, et l'un de nous en a publié, on peut guérir un lupus avec les rayons X employés seuls, *mais dans la plupart des cas, ils sont incapables de guérir complètement un lupus* (Darbois, François, Lenglet, Belot, et Kienböck, C'est un premier et capital grief contre la radiothérapie.

On peut reprocher ensuite à la méthode sa longue durée ; il est bien rare, en effet, de trouver rapportés des cas comme celui de Barjon où un lupus étendu et ancien fut guéri en 2 mois et demi par la radiothérapie.

Les scarifications systématiques, ce n'est pas douteux, hâtent de beaucoup la guérison. Il y a économie de temps appréciable. En quelques semaines le gros travail est terminé.

Une troisième accusation que l'on peut porter contre la radiothérapie, c'est qu'elle agit souvent en déterminant une sorte d'atrophie blanche et d'amincissement des téguments. S'il s'agit d'un lupus du nez traité par les rayons, le nez est atrophié ; pincé, la peau est fine et blanchâtre. Deux ou trois ans après la cessation du traitement, il se forme sur ce fond blanchâtre des arborisations vasculaires très disgracieuses qui sont comme la marque du traitement (1).

Jusqu'à ce jour, nous n'avons pas observé de télangiectasies dans les cas soumis à la radiothérapie après scarifications. Il convient de faire toutefois de grosses réserves, les télangiectasies pouvant apparaître tardivement, quelquefois même plusieurs années après la fin du traitement.

IV. Méthode mixte

Indications et contre-indications.— *Nous entendons ici par méthode mixte l'association des scarifications systématiques et de la radiothérapie.*

Il ne faut pas employer la méthode combinée dans le petit lupus tumidus non excedens de faible étendue de la face ou d'autres régions. La guérison par ce procédé ne s'obtient pas même après des années. Après un temps de traitement fort long, on doit recourir à d'autres méthodes. Il est plus sage d'y songer dès le début. Ce petit lupus est justiciable de la finsenthérapie ou de l'exérèse. Nous dirons plus : la radiothérapie, en aboutissant fatalement à une certaine atrophie cutanée, peut rendre l'application d'une autre méthode plus difficile.

Il ne faut pas l'employer non plus dans les formes à tubercules lupiques disséminés. On obtiendra leur aplatissement, mais non leur disparition totale. Dans ces cas, la scarification seule donnera d'excellents résultats. On pourra également avoir recours à la finsenthérapie, à la galvanocautérisation, etc.

Dans les lupus vorax du nez, on aura recours d'abord et avant tout à la scarification. Il faut aller vite et très vite et les scarifications en quelques séances arrêtent la marche extensive du mal. On pourra les faire suivre d'irradiations modérées.

La méthode mixte donne ses résultats les plus remarquables dans les lupus du nez, des oreilles, des lèvres, à formes végétantes, congestives, œdémateuses, ulcéreuses. L'amélioration est rapide ; elle se fait plus vite qu'avec l'emploi isolé de l'une des deux méthodes. Quand la cicatrisation est complète, il n'est pas rare de voir persister une série de petits nodules lupiques disséminés que l'on doit détruire par d'autres méthodes (scarifications profondes ou électrocautérisations).

Dans certaines formes de lupus ayant envahi une partie de la face ou tout le visage, la méthode combinée peut rendre des services : formes hypertrophiques de lupus non excedens ou de lupus excedens avec croûtes et infiltration profondes.

Nous ajouterons que l'un de nous, B., a obtenu de très bons résultats par la combinaison du raclage et de la radiothérapie dans quelques lupus scléreux, papillomateux et dans quelques tuberculoses verruqueuses.

Technique des scarifications.— Nous n'insisterons pas sur la technique des scarifications linéaires quadrillées (méthode de Vidal-Brocq) on la trouvera tout au long dans le Traité de dermatologie pratique de notre maître et dans son livre sur le traitement des dermatoses par les agents physiques. Nous

(1) Utilisation des rayons X en dermatologie. Rapport au XIIIe Congrès international de médecine de Budapest, août-septembre 1909 et Société de radiologie médicale, novembre 1909.

(2) L'ionisation en dermatologie, Thèse de Paris, Ollier Henry, 1909.

(3) Discussion entre MM. Guilloz (de Nancy), Barjon (de Lyon), Belot.

(4) Voir pour plus de détails la thèse de Tison inspirée par nous (Paris, novembre 1910).

(5) Pour tout l'historique de la question, voir Belot : Traité de radiothérapie, Paris, Steinheil 1905 et Tison, *loc. cit.*

(6) *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1908.

(1) D'après Belot, les télangiectasies sont surtout fréquentes lors qu'on utilise des rayons peu pénétrants ; la filtration paraît les réduire au minimum. Du reste, les télangiectasies ont vraiment peu d'importance à côté de la gravité de la lésion primitive. On connaît d'ailleurs contre elles des méthodes de guérison efficaces.

Nous rappellerons qu'il existe pour ces varicosités de véritables idiosyncrasies. M. Brocq rapportait dernièrement l'histoire d'un malade qui présenta des télangiectasies 2 ans après 1 ou 2 séances de 1 H.

(2) Exception cependant pour les lupus étendus hypertrophiques, végétants, ulcéreux dans lesquels, on fera porter les scarifications sur le bord des ulcérations.

dirons simplement que dans le cas particulier, nous scarifions toutes les surfaces qui seront soumises aux rayons. Les scarifications seront faites régulièrement tous les huit jours, alors que les applications radiothérapiques seront espacées de 15 jours en 15 jours au début. La période de repos ira en augmentant à mesure que le lupus se modifiera.

Mode d'action des scarifications. — Elles dilacèrent le tissu malade, effondrent les tubercules et forment un tissu de granulation. A elles seules, nous le savons, elles peuvent guérir certains lupus avec une très belle cicatrice.

Les scarifications agissent-elles, comme le pensent certains auteurs, en permettant la pénétration des rayons X. Nous ne le croyons pas.

Nous pensons qu'elles sensibilisent le tissu irradié par la suite ; elles irritent le tissu conjonctif dilacéré qui s'organise en tissu de sclérose. Elles ont donc un double rôle : 1° rôle de destruction ; 2° rôle d'excitation.

Radiothérapie après scarifications (1). — Le principe primordial est de substituer aux tissus tuberculeux un tissu de cicatrice ; par conséquent, il faut provoquer un travail inflammatoire qui facilitera la transformation.

Nous croyons, d'accord avec beaucoup d'auteurs, qu'il convient de faire sur le lupus exclusivement des doses faibles de rayons.

Seules les doses faibles convenablement espacées seront suivies d'une inflammation modérée des tissus. On ne recherchera pas une réaction très vive ni une destruction globale des points malades.

Les doses fortes, en effet, exposent aux radiodermites, produisent des ulcérations dont la réparation est fort lente. Les cicatrices ont un aspect des plus disgracieux ; alors que, nous le savons, le lupus peut guérir avec de belles cicatrices. Peut-on dire que les doses fortes ont une action bactéricide ? C'est là une opinon qu'on ne peut soutenir, ainsi que l'ont démontré bien des auteurs.

Donc on emploiera des doses faibles, 4 à 5 unités H selon les cas, les rayons seront du degré 6 ou 7 du radiochromomètre, de Benoist. L'irradiation sera faite en divisant les régions de telle façon que tous les points de la surface traitée reçoivent à peu près la même dose. Ces surfaces auront été préalablement scarifiées. Les séances de rayons devront être espacées sur la même région de 15 en 15 jours au début. Prenons, pour préciser notre pensée : 2 cas de lupus : 1° supposons un lupus du nez ulcéro-œdémateux venant d'être scarifié ; on fera une première séance et on ne dépassera pas 5 H. Huit jours après, le malade sera à nouveau scarifié, mais il ne sera pas irradié, 15 jours plus tard, une nouvelle scarification sera faite suivie alors d'une séance de rayons de 4 à 5 H, suivant l'état local. On continuera de cette façon jusqu'à ce qu'on obtienne une modification marquée de la région ou une cicatrisation dans le cas de lupus ulcéré. A cette époque les séances de radiothérapie seront espacées de 3 à 4 semaines ; les scarifications également, les doses de rayons varieront de 3 à 4 H. A ce moment, on utilisera les filtres ; 2° supposons au contraire qu'il s'agisse d'un lupus étendu hypertrophique végétant, ulcéreux, ou d'un lupus non excedens ayant envahi une grande surface cutanée, nous emploierons des doses plus faibles ne dépassant pas 4 H, et nous espacerons les séances de 15 en 15 jours. Les scarifications, que l'on pourra faire tous les 8 jours au début, puis tous les 15 jours, par la suite, porteront surtout sur les parties végétantes ou les bords des ulcérations. Les doses seront faibles, car les tissus infiltrés sont d'une grande sensibilité et réagissent violemment. Même avec des doses modérées, il y a des poussées inflammatoires, de la rougeur, de la tuméfaction, des sensations douloureuses. Ces phénomènes disparaissent d'ailleurs au bout de quelques jours. Si l'on dépasse les doses indiquées, on peut produire facilement des radiodermites.

Dans le lupus scléreux papillomateux, les doses pourront être élevées à 4 ou 5 unités H. tous les quinze jours.

Filtrage. — Belot soutient qu'il n'est pas utile de filtrer le rayonnement lorsqu'on irradie pour les premières fois les lupus scarifiés.

Dès que la lésion s'aplatit et commence à se cicatriser, il utilise des filtres d'aluminium de 3/10 de millimètre à 2 millimètres. Ils permettent de réduire la différence entre la quantité absorbée par l'épiderme et les couches sous-jacentes

Ganglions. — On pourra, s'il se présente des ganglions, les irradier; mais nous ferons observer l'extrême rareté des ganglions dans le lupus ; lorsqu'on en rencontre, ce sont surtout des ganglions infectés par des microbes d'infection secondaire; un pansement propre suffit en général.

Marche de la guérison. — Lors de la première application, il se produit souvent un peu de congestion de la région traitée. Le lupus devient plus saillant. A la pression, les tissus semblent un peu plus durs ; on éveille une certaine douleur. Tout rentre bientôt dans l'ordre.

Au bout de quelques mois du traitement mixte, l'état local est très modifié au point que les malades peuvent sortir, vaquer à leurs occupations. On constate soit un aplatissement de l'ensemble des lésions, s'il s'agit d'une forme profondément infiltrée, soit une cicatrisation des lésions s'il s'agit d'une forme ulcéreuse.

Il arrive une période où les rayons ne paraissent plus modifier la lésion et on atteint une période dite de perfectionnement ; c'est alors qu'il faut détruire les nodules avec des scarifications limitées ou des pointes de galvano-cautère.

Durée du traitement. — C'est une question bien difficile à résoudre. Elle varie avec chaque lupus.

Dans une de nos observations, le traitement a duré 5 mois.

Dans une autre, il fallut seulement quatre mois. Par contre, nous avons vu des lupus demandant un traitement beaucoup plus prolongé, sept mois, un an, etc.

Conclusions

Bien que les observations de lupus traités par la méthode des scarifications et de la radiothérapie consécutive ne soient pas encore très nombreuses, nous croyons que c'est là un procédé appelé à rendre de grands services, par sa rapidité relative, la beauté de la cicatrice obtenue. Ce traitement est surtout indiqué dans la plupart des lupus du nez, des oreilles, des orifices naturels. Il donne également de bons résultats dans les formes ayant envahi une partie de la face et aussi dans certaines formes hypertrophiques, excedens ou non excedens.

Au début, les scarifications seront faites tous les 8 jours et les irradiations tous les 15 jours ; puis les séances seront espacées. Les doses de rayons seront relativement faibles.



(1) Un reproche grave adressé à la radiothérapie dans le traitement du lupus est de provoquer le cancer (S. Mendes da Costa, Lidenborn, etc.). L'un de nous, B., a repris tout récemment cette question. Il a montré que, dans la littérature médicale, il existe 200 observations d'épithéliomas développés sur lupus en dehors de tout traitement radiothérapique. Pour que l'on puisse soutenir que les rayons X favorisent l'apparition d'un cancer sur un tissu lupique, il faudrait prouver que le pourcentage de lupus-carcinomes est plus élevé chez les lupiques traités par la radiothérapie que chez ceux qui ont été soumis aux autres méthodes ; or, cela n'est pas. (Voir Belot, Société de radiologie médicale, fév. 1910.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Comment la Faculté de médecine défendit aux Parisiens de manger de bon pain.

L'histoire est d'actualité, ou presque. Les amis de la Faculté y reconnaîtront la trace de son souci constant de protéger la santé publique. Ceux pour qui le bonnet professoral n'eut jamais d'attrait, ou ne l'a plus, y trouveront... peut-être autre chose. Les indifférents — s'il en existe en ces graves conflits où se heurtent et se gourment la Faculté, les médecins, le public — laisseront à d'autres le soin de juger du conflit qui, en 1668 ou approchant, mit aux prises la Faculté et l'estomac des Parisiens.

***

En ces temps, les boulangers faisaient un pain sans levain. Ce pain était insipide autant qu'indigeste. Pour le cuire plus facilement, on lui donnait peu d'épaisseur, ce qui le rendait fort dur et obligeait à le casser, au lieu de le couper. Tel quel, nos aïeux s'en contentaient et cette manière de pain azyme faisait partie de la nourriture du riche comme du pauvre.

Vers la fin du seizième siècle on commença de fabriquer des pains mollets. Au sortir des divertissements du Pont-Neuf et des tabarinades, les badauds s'allaient restaurer pour quelques liards aux éventaires des petites marchandes et des père Lustucru du Pont et des alentours. La vogue de ces pains mollets s'est d'ailleurs conservée presque jusqu'à maintenant : les petits pains au beurre de la rue Dauphine ont connu la faveur des étudiants et des grisettes et des petites gens qui se rendaient au matin à leur travail et se détournaient de leur chemin pour faire de ce mets de choix leur premier déjeuner.

La pâte des pains mollets, alourdie par le lait et par le beurre, exigeait un levain puissant. Les boulangers recoururent à la levure de bière en usage dans la pâtisserie. Leurs pains, bien levés, légers, faciles à rompre, bons à mordre à pleines dents, furent trouvés exquis. L'idée leur vint d'user de la même levure pour la fabrication du pain ordinaire qui du coup devint léger et de digestion facile. Ce fut pour la boulangerie un progrès considérable et la remit en l'état où elle était...chez les Gaulois.

Le public raffolait de ce pain nouveau, d'un goût délicat, d'une digestion facile. Il n'en voulait plus d'autre, et les boulangers se félicitaient de manier une pâte plus légère et de ne plus s'épuiser au pétrin en efforts si pénibles et sur une pâte si dure qu'il y fallait travailler des pieds autant que des mains.

Ce fut la vogue — et le scandale !

Les gens bien pensants gémirent sur l'impiété du siècle, toujours prompt à abandonner les vieux usages pour se plaire à quelque nouveauté (laquelle en l'espèce était bien jeune d'un bon millier d'années). Des savants, des médecins, déclarèrent qu'on était en train d'empoisonner le public. D'autres, non moins savants, non moins docteurs, répondirent que ledit public ne s'était jamais si bien porté que depuis qu'il mangeait les petits pains au lait. De ce nombre était le médecin Perrault, le même qui fit la colonnade du Louvre. Un homme de goût, on voit, sur tous les points.

De part et d'autre on s'agita, disputa et injuria. On fit tant que le désaccord arriva à la connaissance du gouvernement. Conscient de sa responsabilité, il résolut d'éclairer sa religion et nomma une commission d'hommes de l'art, de l'art médical, bien entendu — car mitrons et clients ne furent jugés dignes d'avoir voix au chapitre.

On décida de s'adresser à la docte Faculté de médecine de Paris. La Faculté délégua six de ses membres les plus distingués, et, d'entre tous le plus marquant, le joyau, la perle de la dite assemblée, Gui Patin.

***

On a beaucoup parlé en ces derniers temps de Gui Patin, de ce savant et rechigné personnage.

M. Pierre Pic vient de remettre en lumière, de la plus érudite façon, son esprit malicieux, son énergie indomptable à n'accepter comme bien, comme vrai que ce qu'il faisait, disait ou approuvait, et sa non moins indomptable ardeur à déclarer bon pour la hart, ou tout au moins complètement stupide, quiconque ne pensait point comme lui sur tous les points. Il est bien « pourtraicturé » ainsi, au moral. Au physique (1), on le voit sur un portrait de Masson (1670) avec un front tout plissé de rides, les sourcils maintenus en accent circonflexe par une interrogation permanente, et nullement admirative pour l'interlocuteur ; des yeux d'inquisiteur, bien perçants, mais qui vous regardent de travers, des lèvres pincées et dédaigneuses et sur tout cela, le nez. Le nez, un soc de charrue prolongé jusqu'au milieu du front par deux plis verticaux, et trop long de moitié par en bas où il se renfle en un bout carré, d'aspect solide, bon pour fouiller. Tel est le portrait plus véridique que flatté que nous a laissé Masson.

Le peintre et le modèle durent être également satisfaits du portrait et l'on peut dire du physique et du moral de Gui Patin, qu'ils étaient en accord parfait.

***

Ce visage, si naturellement disgracieux dans les circonstances ordinaires de la vie, revêtait une majesté plus sévère encore que de coutume, certain jour de janvier ou février 1668 où, précédé de son nez, et suivi de cinq professeurs à la Faculté, il pénétra chez M. de la Reynie en son hôtel de la rue St-Julien-le-Pauvre (2). M. le lieutenant de police était en son genre un homme aussi folâtre que l'était Gui Patin en le sien. Ces bons esprits réunis ne pouvaient manquer de s'entendre : une enquête fut décidée dans les brasseries pour examiner la qualité des levures, dans les boulangeries pour étudier la manière dont on l'employait. Gui Patin put enfin se tenir sa promesse de « faire quelque jour le procès de cette levure de bière qui n'est qu'une vilaine écume. »

Ça ne traîna point. Enquête, contre-enquête, expertises, rapports, etc., tout fut réglé en moins de deux mois et le 24 mars, par 47 voix contre 33, la Faculté déclarait « la levure de bière contraire à la santé et préjudiciable au corps humain, à cause de son âcreté née de la pourriture de l'orge et de l'eau. »

***

(1) Portrait de Gui Patin, *Progrès médical*, p. 590. année 1910.

(2) L'hôtel de la Reynie existe encore, en face de l'église Saint-Julien-le-Pauvre, tout près de l'emplacement de l'ancienne annexe de l'Hôtel-Dieu.

Cette belle conclusion agréa fort à M. de la Reynie, qui prit fait et cause contre la levure de bière. Par divers arrêtés il en réglementa la suppression. Hélas ! c'était décréter du même coup la suppression des petits pains au beurre ! Le public n'y voulut point consentir et se rébella contre l'autorité de la science comme de l'administration.

De son côté, la Faculté ne voulait pas démordre de sa consultation, le lieutenant de police ne voulait pas modifier ni supprimer ses arrêtés. Et les boulangers de qui les clients ne voulaient plus accepter que le pain nouveau ne voulaient pas fermer boutique et ne savaient plus à quel levain se vouer !

Le Parlement, saisi du différend par les boulangers, étudia soigneusement la question. Le mécontentement du public était si vif, le pain si bon et si évidemment inoffensif que, malgré le rapport de M. de la Reynie, un arrêt favorable fut rendu le 21 mars 1670. Si l'on songe que l'arrêt suivit, à deux ans à peine de distance, les premières délibérations, on ne peut s'empêcher d'accorder un hommage à la célérité vraiment surprenante de la justice, dès cette époque.

Les boulangers, après deux ans de tribulations, objurgations et condamnations de toutes sortes, se virent rendre le droit de travailler tranquillement et à leur guise.

***

Qu'en pensèrent Gui Patin et ses collègues ? Qu'en pensa l'administration à tous ses degrés ? Nous ne le savons. S'il leur fut dur de perdre un moyen si parfait d'ennuyer leur prochain, ils n'eurent cependant point la mortification d'une défaite complète. Quelques considérants du jugement obligèrent les boulangers à ne se servir que de levure fraîche, prise à Paris ou aux environs, à n'en plus faire venir de province comme précédemment. Au point de vue de la panification, ce fut un avantage et au point de vue de l'hygiène, un progrès.

***

En sorte que la Faculté, dont le rôle au début de cette importante querelle des petits pains mollets n'avait peut-être pas été des plus heureux, finit par s'en tirer au mieux des intérêts publics — et à sa propre satisfaction.

Perrault — pas celui du Louvre, l'autre — eût pensé que ce pouvait être la morale de ce conte... pardon, de cette histoire. Ch. Esmonet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1910.

Le repos au lit dans l'angine de poitrine organique. — M. Ch. *Iessinger* estime que dans l'angine de poitrine organique, le facteur le plus actif d'amélioration et souvent de guérison est un repos prolongé au lit. Les malades usent en même temps du régime lacté et lacto-végétarien. Le repos au lit fait baisser la tension artérielle, mais ce n'est point par ce mécanisme qu'il soulage. Des malades voient baisser leur tension ; chez d'autres elle reste stationnaire ou même s'élève par la suite. Néanmoins les douleurs, quand la tension reste normale ou s'élève, sont d'ordinaire moins accusées qu'avant le repos au lit. Le maximum d'amélioration est constaté chez les sujets âgés ou qui maigrissent en même temps ; le minimum, chez ceux qui sont atteints d'insuffisance aortique concomitante.

Sur une forme inconnue du rétrécissement de l'œsophage. — M. *Guisez*, grâce à la pratique de l'œsophagoscopie, a pu reconnaître chez 18 malades une variété de rétrécissement de l'œsophage dont nulle description n'a été donnée jusqu'ici par les auteurs classiques. On pourrait la dénommer sténose inflammatoire ou cicatricielle spontanée de l'œsophage.

Ces cas étaient autrefois considérés comme des rétrécissements spasmodiques ou cancéreux.

Les rétrécissements siègent soit à l'extrémité supérieure, soit à l'extrémité inférieure de l'œsophage ; ils sont très serrés ; la muqueuse est épaissie et enflammée ou a subi la dégénérescence cicatricielle ; ils s'accompagnent de grandes dilatations ou de diverticules de l'œsophage, suivant leur siège.

L'auteur a pu facilement appliquer un traitement rationnel de dilatation par les bougies et l'électrolyse. L'alimentation est redevenue ensuite normale.

Méningite cérébro-spinale à localisation intraventriculaire. Trépanation. Sérothérapie intraventriculaire. Guérison. — MM. ***Triboulet***, ***Roland*** et ***Fenestre***. — Une fillette entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale. Les ponctions lombaires répétées restent négatives. Les accidents persistant, on pense à une méningite surtout cérébrale et ventriculaire, sans communication entre les ventricules cérébraux et les espaces sous-arachnoïdiens inférieurs.

La ponction du ventricule gauche, après trépanation, vérifie ce diagnostic en révélant dans le liquide la présence de méningocoques. On injecte du sérum de Flexner dans le ventricule. Après une assez longue période d'accidents subaigus et après avoir même présenté de l'hydrocéphalie, la fillette guérit complètement. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 décembre 1910

M. ***Rist***, à propos des communications de MM. A. Gautier et Danlos cite deux publications intéressantes : la première est une brochure de Jochheim, publiée à Darmstad en 1864. Jochheim s'est servi dans 41 cas de dermatoses diverses (lupus en particulier) de l'acide cacodylique. Il l'a employé également avec succès dans la malaria et la tuberculose pulmonaire chronique. Il insiste sur la non-toxicité de ce médicament.

En 1865 dans les *Deutsch Archiv. für Klin. Med.* on trouve une étude de Renz, que cite Jochheim sur la médication cacodylique mais l'auteur déclare y avoir renoncé à cause de son peu d'efficacité et de l'odeur alliacée exhalée par les malades en traitement.

Relations entre certaines méningites curables et la méningite tuberculeuse. — MM. ***Léon Bernard*** et ***Robert Debré*** croient qu'il convient de distinguer deux groupes de faits dans les méningites signalées dans ces derniers temps.

Tout d'abord, il existe évidemment un syndrome méningé épidémique suivi de poliomyélite aiguë.

D'autre part il existe des cas (Rist, Laubry et Parvu), qui simulent à s'y méprendre la méningite tuberculeuse.

B. et D. rapportent un cas de ce genre. Les ponctions lombaires répétées montrèrent de la lymphocytose. La recherche du bacille de Koch fut négative ; le diagnostic de méningite tuberculeuse fut porté (il n'y avait aucun antécédent syphilitique) d'autant plus que la malade était bacillaire. La guérison cependant survint et se maintient depuis un an. On peut se demander s'il ne s'agit pas néanmoins d'un processus tuberculeux. Contre cette donnée, il y a les examens négatifs au point de vue bacilles et la guérison de la maladie. La première objection est très discutable. Quant à la seconde, on sait que Claisse et Abrami, Lemierre, Vaquez et Digne, Marfan, Villaret, ont signalé des cas de guérison de méningites tuberculeuses.

La méningite tuberculeuse semble donc curable, au moins dans certaines formes atténuées.

Infection paratyphoïde B avec ictère par rétention et méningite bénigne. — M. *Sacquépée*. — Un malade entre à l'hôpital avec de l'ictère par rétention, un syndrome méningé et des symptômes infectieux fébriles. Ces accidents avaient débuté brusquement par des troubles méningés, et duraient depuis 4 jours. La ponction lombaire donna un liquide clair avec lymphocytose

presque exclusive, sans microbes décelables par la culture ; les épreuves de laboratoire (hémoculture, séro-diagnostic, examen des selles) établirent le diagnostic d'infection paratyphoïde B.

La guérison se fit sans incidents.

Il y a lieu de remarquer dans cette observation la présence de l'ictère, symptôme rarement mentionné dans les infections paratyphoïdes sévères. D'autre part, la coexistence de l'ictère et d'un syndrome méningé avec d'autres phénomènes infectieux, de même que la brusquerie du début et la bénignité d'évolution, constituent un tableau clinique bien spécial et accusent une ressemblance très grande entre cette observation et celles rapportées par MM. Guillain et Richet. Seulement dans les cas relatés par ces derniers auteurs il ne s'agissait pas certainement d'infections paratyphoïdes.

A signaler. également l'apparition tardive des taches rosées qui se montrèrent seulement après guérison : la période fébrile n'avait d'ailleurs duré que 11 jours. Cette anomalie dans l'évolution des taches rosées, de même que le début sous forme de syndrome méningé, ne sont d'ailleurs pas exceptionnels dans l'histoire des infections paratyphoïdes B.

Accidents laryngés au cours de la fièvre typhoïde. — MM. ***Galliard*** et ***Baufle*** présentent un malade chez lequel, au cours d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, à la fin du troisième septenaire, éclatèrent des accidents laryngés dus à l'œdème glottique. La trachéotomie pratiquée aussitôt amena un soulagement immédiat et la canule put être enlevée 6 semaines après l'opération. Ces accidents ne semblent pas avoir influencé la marche de la dothiénentérie, car la défervescence s'est faite en lysis 3 jours après la trachéotomie. La seule particularité constatée dès le début était l'existence de très nombreuses ulcérations sur les piliers, sur le voile de palais, la base de la langue. D'ailleurs le malade, à son entrée, se plaignait surtout de dysphagie et de la raucité de la voix.

Ictère hémolytique syphilitique. — MM. ***de Beurmann***, ***Bith*** et ***Cain*** exposent l'histoire d'une jeune femme qui présenta, en même temps que la roséole spécifique, un ictère passager sans augmentation du volume du foie, mais avec tuméfaction considérable de la rate. Tous les caractères cliniques urologiques et hématologiques de cet ictère minutieusement observés furent ceux de l'ictère hémolytique acquis.

Ce cas, comme les deux faits étudiés par Gaucher et Giroux, établit d'une façon convaincante la corrélation entre certains ictères et la syphilis secondaire. Cette corrélation n'est au contraire nullement prouvée dans les cas où l'on constate les signes de l'ictère par rétention.

Myasthénie bulbo-spinale et lympho-sarcome du médiastin. — MM. ***P. Lereboullet*** et ***A. Baudoin*** communiquent l'observation d'un malade de 54 ans, serrurier de son métier, chez lequel apparurent progressessivement des phénomènes d'épuisement musculaire l'empêchant de faire son travail. Au moment de leur examen, cet homme présentait du ptosis (exagération d'un ptosis congénital), une paralysie de la musculature externe des yeux et une faiblesse des membres supérieurs et inférieurs. Celle-ci augmenta rapidement ; il apparut une cachexie pigmentaire ; quand la mort survint, l'affection avait duré 3 mois.

A l'autopsie, on ne trouva que des lésions minimes dans le système nerveux central, les nerfs et les muscles. Par contre, il existait dans le médiastin une grosse masse néoplasique.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un lymphosarcome ; il y avait dans le poumon droit un noyau de même structure.

Les auteurs rappellent que, dans ces dernières années, on a relaté d'assez nombreux cas analogues.

On peut donc conclure avec certitude qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence et ces faits sont d'un haut intérêt pour la pathogénie encore fort obscure du syndrome d'Erb-Goldflamm.

A propos de l'ulcère du duodénun. — M. ***Mathieu***.

Fièvre typhoïde ayant débuté par une néphrite hémorragique. — M. ***Pissavy*** rapporte une observation de dothiénentérie ayant débuté par une néphrite hémorragique s'accompagnant d'œdèmes et de céphalée. Le début des accidents fut brusque. La malade n'émit jamais moins d'un litre d'urine, et guérit. Dans des cas de ce genre l'oligurie est du plus fâcheux pronostic. Lorsque la diurèse est suffisante, la guérison est la règle. A. Fage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1910.

L'ulcère duodénal. — M. ***Quénu***. — Les cas d'ulcère duodénal qu'il m'a été donné d'observer, je les ai vus surtout à l'occasion de leurs complications, perforations ou hémorragies. Ces perforations d'ulcère du duodénum peuvent, ainsi que l'ont fait remarquer Ricard et Pauchet, être prises pour des appendicites parce que le liquide intestinal coule vers le flanc droit et la fosse iliaque droite. C'est ainsi que chez un malade de 65 ans atteint d'accidents graves depuis 4 jours, vieux dyspeptique et porteur d'une hernie inguinale irréductible, la localisation très nette des douleurs à la fosse iliaque droite me fit porter le diagnostic d'appendicite. Les symptômes s'aggravent, on fait une hernio-laparotomie. Un pus épais et crémeux s'échappe, mais on ne peut trouver l'appendice. Le malade succombe et à l'autopsie on trouve un appendice sain et une perforation siégeant sur la deuxième portion du duodénum.

Quant aux hémorragies, elles sont tantôt foudroyantes et elles échappent alors à l'action chirurgicale, tantôt aiguës et en ce cas si l'intervention est possible, ses indications restent difficiles à poser avec précision, — tantôt chroniques, persistantes et à répétition et c'est surtout dans ces cas que l'opération me semble indiquée. Je vous citerai à ce propos l'histoire d'une jeune femme qui eut une hématémèse le 12 octobre, puis du mélæna continu avec anémie s'accentuant progressivement. L'intervention me montra sur la première portion duodénale une tache blanche qui marquait l'ulcère saignant. Au lieu de l'enfouir, je crus devoir faire une exclusion du pylore. Le résultat fut des plus heureux et la malade guérit.

Cette exclusion du pylore ne fait bien évidemment pas l'hémostase, directe mais elle protège les caillots déjà formés contre le passage intempestif des aliments et des liquides acides.

La séparation des urines. — M. ***Hartmann***. — Dans le cas curieux que nous a relaté M. Guinard j'estime que les renseignements donnés par le séparateur étaient justes puisqu'il a indiqué d'un côté une urine purulente et de l'autre une urine claire et sans urée. Cette urine claire n'était que de l'eau restée dans la vessie et cela indiquait bien l'absence de rein de ce côté. Je persiste à penser que le séparateur des urines bien placé donne des résultats exacts et que l'on peut accorder toute confiance à cet instrument d'un maniement simple, à la portée de tous les chirurgiens. Je trouve son emploi préférable au cathétérisme des uretères, car je trouve dangereux de mettre dans l'uretère une sonde qui a traversé une vessie plus ou moins infectée.

M. ***Bazy***. — J'estime qu'on a actuellement trop de tendance à s'adresser aux recherches instrumentales et pas assez à la Clinique qui bien interrogée donne le plus souvent des renseignements précieux.

M. ***Marion***. — Je ne trouve pas que le séparateur des urines soit d'un maniement si facile et si simple que le prétend M. Hartmann. Voici plus de deux ans que je m'en sers et je trouve encore que dans bien des cas l'application en est difficile pour l'opérateur et douloureuse pour l'opéré.

Quant au reproche que nous fait M. Bazy je lui ferai observer qu'il y a des cas où les recherches cliniques les plus minutieuses ne permettent aucunement de reconnaître le côté malade. Le pincement urétéral que j'ai préconisé, je le fais du côté malade, afin de bien préciser l'état de l'autre rein. Cette compression, faite à l'aide d'une pince doublée sur chaque branche d'une enveloppe de gaze, n'est pas douloureuse et n'est aucunement offensante pour l'uretère.

Anévrysme traumatique de la base du cou. — M. ***Schwartz***. — Je vous ai présenté en juillet dernier un homme atteint d'un énorme anévrysme du cou d'origine traumatique en vous priant de me donner votre avis sur la conduite à tenir. Je décidai d'opérer de la manière suivante : dans un premier temps résection de la clavicule et d'une portion du manubrium, refoulement de la plèvre et mise en place d'un fil d'attente sur la carotide.

Puis dans un second temps, incision de la poche et ligature de la sous-clavière.

Mais je craignais que la résection de la clavicule fût très difficile à cause du volume de la poche. Pendant les vacances, M. Duval a opéré ce malade. Il put sans peine réséquer la clavicule, placer le fil d'attente, puis il ouvrit le sac, évacua les caillots, plaça une ligature à chaque pôle de la poche et réunit la plaie. Mais le malade succomba à une embolie quelques heures après.

Présentation de malades. — M. *Tuffier* présente une malade qu'il a opérée d'une pyonéphrose gauche. Il trouva le rein bilobé avec un uretère bifide. L'un des lobes rénaux était parfaitement sain alors que l'autre, l'inférieur, était complètement détruit et formait une vaste poche d'uro-pyonéphrose.

Il put séparer le lobe sain du lobe malade qu'il réséqua seul.

M. *Souligoux* présente une femme goitreuse qui, au cours d'une grossesse fut prise d'accidents asphyxiques graves qui amenèrent l'interne de garde à faire une trachéotomie d'urgence. Il s'agissait d'un goitre kystique rétrosternal que M. Souligoux put énucléer aisément le lendemain sous anesthésie locale. La malade guérit sans complications et mena sa grossesse à terme.

Séance du 30 novembre 1910.

Séparation intravésicale des urines, — M. *Legueu.* — Je tiens à vous dire quelles sont les raisons qui m'ont fait abandonner la séparation des urines par cloisonnement vésical. Cette séparation est certainement effective et réelle dans certains cas. Le malheur est qu'elle ne l'est pas toujours et qu'il y a fréquemment une filtration d'un côté à l'autre de la vessie, filtration qui fausse tous les résultats. Et ceci peut être dangereux. Supposons par exemple un malade qui a un rein gros, manifestement malade. On fait la séparation et on trouve du pus des deux côtés. On n'ose pas l'opérer, convaincu que les deux reins sont malades.

Un de mes internes, Pappa, a comparé sur 30 malades les résultats donnés par la séparation et par le cathétérisme. Jamais ces résultats n'ont été concordants.

A ces arguments, que répondent les partisans de la méthode ? Ils disent qu'il y a eu mauvaise application. Mais alors c'est donc que cette mauvaise application est inhérente à la méthode elle-même et le mal est que nous ne pouvons jamais savoir si la séparation est ou non effective.

Depuis 8 ans qu'elle existe, la séparation n'a fait aucun progrès. Elle est restée incapable de faire sa preuve. Elle nous a rendu de grands services. Mais elle est née d'une insuffisance instrumentale qui n'existe plus aujourd'hui et d'une crainte que les faits montrent injustifiée : celle d'infecter l'uretère par une sonde qui a traversé la vessie.

M. *Delbet.* — Je suis chargé de vous faire un rapport sur une communication de M. Luys relative à la séparation des urines à l'aide de son séparateur. J'ai vu personnellement dans deux cas ce séparateur appliqué par M. Luys rectifier un diagnostic erroné. Je ne crois pas qu'on puisse penser que le séparateur soit aussi précis que le cathétérisme des uretères pour le diagnostic des lésions rénales. Mais il n'a pas cette prétention.

Il n'en reste pas moins que les observations qu'on nous a apportées contre cette méthode ne sont pas très démonstratives. Dans le cas de M. Tuffier, la division aurait été faite par le séparateur de M. Cathelin dont je n'ai pas à parler ici. Dans celui de M. Guinard, la malade était évidemment anormale et peut-être l'orifice urétéral unique était-il médian. Dans celui de M. Marion la vessie, de l'aveu même de cet auteur; était très malade. Ces cas prouvent donc simplement qu'il faut se méfier du résultat de la séparation chez des malades atteints d'arrêt de développement ou dont la vessie est très malade.

On a cherché à expliquer les résultats obtenus. Il me semble qu'on peut admettre que le cloisonnement même incomplet et imparfait existe cependant par intervalles et cette séparation intermittente suffirait à expliquer les différences constatées entre les urines de droite et celles de gauche.

Lorsque l'on a fait une séparation des urines, je crois bon de faire aussitôt après un cathétérisme de la vessie et si je trouve plus de 5 centimètres cubes d'urine, je considère la séparation comme suspecte.

Si la séparation endo-vésicale a perdu du terrain, cela est dû à ce que nous possédons maintenant une méthode meilleure et plus précise : le cathétérisme urétéral. Mais ce n'est pas une raison pour abandonner la séparation qu'il faut conserver d'abord pour les cas où le cathétérisme est impossible et aussi pour les cas où les renseignements fournis pour la séparation sont absolument suffisants pour dicter la conduite du chirurgien. Les deux méthodes doivent être alliées et non point ennemies.

Cholécystite typhique. — M. *Walther* apporte deux observations caractéristiques de cholécystite post-typhoïdique. Dans le premier cas on trouva dans la vésicule des calculs et du pus dans lequel l'examen bactériologique décela du bacille d'Eberth à l'état de pureté. Dans le second, opéré d'urgence par M. Baumgartner, on ne trouva pas de calcul dans la vésicule qui contenait 200 grammes de pus bien lié, à bacille d'Eberth.

M. *Tuffier* a opéré 3 cas de lithiase biliaire infectée à la suite de fièvre typhoïde. Il lui semble bien démontré que la fièvre typhoïde peut déterminer une inflammation de la vésicule au cours d'une lithiase préexistante. Mais les cas qu'il a observés ne donnent aucun renseignement sur l'apparition d'une lithiase biliaire comme conséquence de la fièvre éberthienne.

Il cite comme fait connexe un cas de kyste hydatique du foie qui devint suppuré à la suite d'une dothiénentérie.

Fracture du radius avec hémarthrose abondante. — M. *Fontoynont* (de Madagascar). — J'ai observé 3 cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius, tous identiques et qui présentaient cette particularité curieuse d'être compliqués d'une hémarthrose radio-carpienne très abondante. Cette fracture ne se voit qu'à la suite de chute d'un lieu très élevé, et à la suite de graves traumatismes. Le trait de fracture détache par un trait presque vertical la portion scaphoïdienne de l'extrémité inférieure du radius, pénétrant donc dans l'articulation. Le scaphoïde accompagne le fragment radial détaché.

La déformation est très particulière et très caractéristique. Il y a de l'élargissement du poignet ; l'épanchement articulaire fait une saillie prononcée et fluctuante tant sur la face dorsale que sur la face palmaire.

Mes trois cas se sont bien guéris avec une courte immobilisation et des massages précoces.

L'abondance de l'hémarthrose s'explique peut-être par l'hémophilie fréquente à Madagascar. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 novembre 1910 (1).

M. *Emery* à propos de la communication de M. Brocq considère, comme cet auteur, l'huile grise comme un médicament très commode, mais de second plan et ce n'est certes pas la médication par l'huile grise qui lui sert de comparaison. La guérison des malades est bel et bien due à l'action spécifique directe de l'arsénobenzol. Voici deux exemples :

1° Un de ses malades présentait depuis plus d'un an des syphilides kératosiques palmaires traitées avec acharnement par des injections de calomel et de nombreux topiques locaux. État général d'ailleurs parfait. En moins d'une semaine, 0 gr. 60 cent. d'arsénolbenzol avaient effacé ces éléments kératosiques.

2° Un second malade atteint des mêmes lésions, ayant suivi des traitements, intensifs avait depuis un an abandonné tout traitement mercuriel. Guérison par le « 606 ».

Ce ne sont pas là des cas isolés, mais des exemples extraits d'une série nombreuse de faits.

Traitement de 23 cas de syphilis par le 606. — MM. *Hudelo* et *Thibaut.* — Ces auteurs ont traité depuis 6 semaines 22 femmes et 1 homme, atteints surtout d'accidents primaires et secondaires ; 6 présentaient des accidents tertiaires. Une enfant de 14 ans était affectée de lésions nasales hérédo-syphilitiques.

Ils ont employé dans 18 cas le 606 Id en émulsion neutre, injecté dans la fesse, dans 5 cas le 606 Hy en solution acide. Ils n'ont observé aucun accident grave consécutif, mais dans tous les cas, sauf 2 ou 3, une réaction d'intensité variable (fièvre,

(1) 2e séance spéciale consacrée au « 606 », voir *Progrès médical* du 26 novembre.

céphalée, douleur) et surtout un empâtement fessier longtemps prolongé. Dans 3 cas, s'est développé après l'injection un érythème toxique, passager, accompagné de leucocytose et polynucléose, dans un cas une éruption persistante d'impétigo.

Ils ont obtenu dans leurs cas de chancres, de syphilides secondaires de la peau et des muqueuses, de très bons résultats, et en particulier l'assèchement rapide, puis la guérison complète en 7 à 10 jours de lésions contagieuses ; dans la syphilis tertiaire, résultats excellents dans des cas de gomme du voile du palais, de syphilides tuberculeuses du nez et des membres. Enfin, résultat très satisfaisant, sans aucune intolérance ni aucun accident, dans un cas de syphilis rénale secondaire. Malheureusement l'action du « 606 » a semblé très lente très faible sur les adénopathies tant primaires que secondaires, et tout à fait nulle dans les parasyphilis (syphilide pigmentaire du cou, leucoplasie).

Il est remarquable d'ailleurs que dans leurs observations, la séro-réaction de Wassermann s'est maintenue positive dans 15 cas sur 16.

Ils concluent que, si l'arséno-benzol est un médicament puissant, un guérisseur immédiat des lésions de tous les âges de la syphilis, si en particulier il a le grand avantage social de tarir en quelques jours la contagiosité des professionnelles, on doit lui objecter ses échecs possibles, les accidents réactionnels que provoque son injection, enfin et surtout les récidives dont les auteurs ont pu observer en 6 semaines 4 cas sur 23 malades traités, de 15 à 33 jours après l'injection. Il ne faut donc pas compter avec l'injection unique de 606, aux doses moyennes jusqu'ici employées en France, sur une stérilisation définitive de la syphilis. L'avenir seul pourra dire quelle voie de pénétration sera préférable, quelles doses devront êtres utilisées, à quels intervalles les cures devront être répétées. En tous cas, l'arseno-benzol n'a pas dit son dernier mot.

M. ***Brocq*** constate que M. Hudelo arrive aux mêmes conclusions que lui. L'empâtement de la région fessière est courant. Un malade est rentré dans son service six semaines après l'injection de « 606 » avec une grosse tuméfaction de la fesse, d'où on put extraire un liquide dans lequel on trouva de l'arsenic.

Chez les malades ayant reçu du « 606 » on trouve toujours de l'albumine après l'injection, mais à doses infinitésimales. Il y a surtout diminution des excreta, azote, urée, etc. Le médicament bloque le rein et 1 kilog. d'eau s'élimine par le poumon. La diurèse normale se rétablit de 10 à 15 jours après.

M. ***Milian*** a injecté en tout 270 malades ; 240 par la méthode des injections intra-musculaires, 30 par la méthode des injections intra-veineuses.

1° *Toxicité.* — De tous les médicaments arsenicaux, c'est le seul qui ne soit pas toxique. M. a pu en injecter sans aucun accident 1 gr. 20 à un vieillard.

Il n'y a en réalité que deux contre-indications : a) la prédisposition aux hémorragies ; b) l'idiosyncrasie. Les deux seuls cas de mort impressionnants sont celui d'Elhers, mais c'était un paralytique général qui déjà avait eu deux ictus ; quant au cas d'Erlich (mort en une heure dans son laboratoire) il est absolument faux.

2° *Cécité.* — Tous les sels arsenicaux donnent des accidents. Il y a environ 12.000 malades injectés, on ne signale pas un trouble visuel avec le 606 ;

3° *Accidents locaux.* — Ils sont nuls. Ni empâtement ni abcès. Il faut prendre la région lombaire comme lieu d'élection ;

4° Il n'y a pas enfin d'*embolies veineuses.*

Résultats. — Le 606 agit plus vite et plus sûrement que le mercure. Il a une action prolongée. Dans certains cas, après l'injection, les lésions s'améliorent, puis elles restent stationnaires et guérissent au bout de 5 semaines. Il y a une première phase tréponémicide et une deuxième phase où l'organisme fabrique des anticorps.

Le 606 est supérieur au mercure, car il agit là où le mercure a échoué. M. a amélioré une leucoplasie linguale intense, des kératites interstitielles.

Dans le tabès, certains symptômes rétrocèdent : les troubles vésicaux, l'hypotonie, les douleurs fulgurantes; la force revient quelquefois ; les réflexes rotuliens réapparaissent.

Enfin plusieurs malades étant arrivés avec le seul chancre et observés depuis déjà deux mois 1/2 n'ont pas eu d'autre accident après une injection de 606.

M. ***Sulzer*** étudie l'action élective, sur le nerf optique, des différents sels arsenicaux.

M. ***Jeanselme*** expose d'intéressantes recherches sur l'élimination du « 606 »

MM. ***Darier*** et ***Cottenot*** ont injecté 20 malades avec l'arsénobenzol. Ils tiennent surtout à mettre trois cas en lumière. Dans le premier il s'agissait d'un léontiasis syphilitique. L'amélioration fut rapide et remarquable. Dans le second il s'agissait d'une leucoplasie jugale et linguale avec glossite ; 15 jours après l'injection il y eut un assouplissement de la langue très apprécié du malade. Enfin chez un malade atteint de rétrécissement syphilitique du larynx à qui l'on faisait fréquemment des dilatations, on fit du « 606 » avant l'intervention. Les résultats des deux méthodes associées furent remarquables.

Le « 606 » a un passif : ce sont les récidives. C'est une très belle acquisition et il y a tout lieu de mettre en valeur sa rapidité d'action. A. FAGE.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 21 novembre 1910.
Présidence de M. RITTI.

Délire systématique avec hallucinations chez un paralytique général. Présentation de malade. — M. ***Legrain*** présente un paralytique général, halluciné, dont l'histoire présente deux phases : une première, remontant à deux ans et caractérisée tout d'abord par une période de dépression mélancolique avec idées de suicide, puis par une période d'expansion avec idées de grandeur incohérentes, mais surtout par des idées de persécution aux allures systématiques, sanctionnées par des hallucinations de l'ouïe très intenses (audition d'un microphone qui, nuit et jour, obsède le malade au point de l'empêcher de dormir).

Tout à coup (2e phase), en juin 1909, survient une attaque épileptiforme ; à la suite on assiste à une déchéance réelle des facultés avec installation du syndrome paralytique classique (inégalité pupillaire, embarras de la parole, démence, lymphocytose abondante). Mais, chose notable, pendant cette seconde période, le délire hallucinatoire (microphone) persiste avec sa première intensité, prolongeant le délire systématique au sein de la démence, laquelle ne fait qu'imprimer à ce délire un caractère nouveau d'enfantillage.

Ce malade est d'ailleurs syphilitique depuis 24 ans et une très lourde tare héréditaire pèse sur son histoire.

Cas complexe d'épilepsie avec tabès et troubles mentaux circulaires combinés à un délire systématisé. — M. ***Trénel*** montre une malade actuellement âgée de 60 ans. Syphilis probable. (Fausse couche à 18 ans).

1° **Tabes.** Douleurs fulgurantes depuis plus de 30 ans. Arthropathie du genou depuis 1896. Signe d'Argyll Robertson. Pas d'ataxie. Abolition des réflexes rotuliens. Hypotonie musculaire. Il y a de plus une griffe médiane bilatérale paraissant remonter à une fièvre typhoïde de l'enfance.

2° **Epilepsie.** — Les premières (?) crises en 1887 à 38 ans. Vertiges et attaques périodiques mensuelles. Caractère épileptique.

3° **Alternatives circulaires d'excitation et de dépression.** — Chaque série de crises est suivie d'une période de dépression, avec anxiété de 6 à 10 jours, à laquelle succède une période d'agitation avec attitude de maniaque raisonnant, turbulence, menaces, réclamations.

4° **Délire systématisé.** Depuis des années la malade ayant, à tort, cru avoir droit à un héritage, elle en poursuit la réalisation. Elle fait des erreurs de personnes, et réclame cet héritage à une personne du service qu'elle prend pour son parent.

Le cas est intéressant par la coexistence de plusieurs affections qui paraissent évoluer parallèlement.

Trois aliénés criminels. Présentation de malades. — M. ***Colin*** présente trois malades de son service. Tous les trois ont commis des meurtres. Le premier est un persécuté à délire systématisé qui a raisonné et combiné son acte ; le deuxième est un dégénéré avec idées de persécution qui a tué à la suite d'une impulsion homicide. Dans le troisième cas, il s'agit d'un malade qui,

à l'âge de 15 ans, fut pris d'une crise d'excitation maniaque, au cours de laquelle il tua son père à coups de couteau.

M. *Colin* montre que chez ces malades, comme cela a lieu presque toujours chez les aliénés criminels, il y a combinaison de deux états, la folie d'une part, les tendances violentes et criminelles de l'autre.

Obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédantes au cours de folie périodique. Présentation de malade. — MM. ***Leroy*** et ***Capgras*** exposent le cas d'une jeune femme de 30 ans qui, au cours de deux accès de dépression mélancolique, survenus l'un à 20 ans, l'autre à 30 ans, a eu des impulsions au suicide provoquées chaque fois par une hallucination auditive impérative accompagnée d'une hallucination visuelle : vision d'une croix de cimetière la première fois, vision de couteaux et de sang la seconde fois. Ces scènes hallucinatoires se sont produites la nuit. Elles ont été précédées et suivies par une hyperesthésie affective qui s'est en outre manifestée par quelques interprétations délirantes, par des idées de persécution transitoires et par des fugues panophobiques.

La malade lutte contre l'obsession suicide, elle redoute beaucoup la mort. Cette tanathophobie s'accompagne de tout un cortège d'hallucinations visuelles de couleur funèbre : croix, cercueil, enterrements, cimetières.

Les auteurs discutent, à ce propos, les rapports de l'obsession et de la psychose intermittente.

1° Epilepsie et alcoolisme ; actes délictueux inconscients à la suite de crises ; 2° Un cas de zoophilie. Présentation de malades. — M. ***Fillassier*** présente deux malades dont le premier est atteint de morbus sacer qui, à la suite d'excès de boissons, a eu des crises convulsives et des vertiges de plus en plus fréquents. Il insiste sur le caractère de soudaineté, d'irrésistibilité, d'inconscience et d'amnésie consécutive, et, relatant quelques actes accomplis par le malade en ses vertiges, note combien il est important de retenir ces faits au point de vue clinique et médico-légal.

La 2e malade est une dégénérée qui présente, outre un délire de persécution net, une affection un peu exclusive pour les animaux, et traite un chat dont elle prend soin avec un dévouement exagéré.

Syphilis conjugale. Paralysie générale du mari, syphilis en évolution chez la femme. Présentation de malades. — M. ***Bonhomme*** (service de M. A. Marie) communique deux cas de syphilis conjugale. Dans le premier couple, le mari est paralytique général, la femme tabétique.

Dans un second couple, le mari est également paralytique général et la femme est porteuse d'accidents tertiaires.

M. A. ***Marie*** rappelle, à ce propos, la série de 12 couples antérieurement présentée à la Société. Cette série vient de se compléter par la présentation, à la dernière séance de la Société de psychiatrie, de la fille d'un de ces couples paralytiques. Cette jeune fille hérédo-syphilitique est atteinte de paralysie générale juvénile.

La maladie du sommeil. Présentation de préparations histologiques. — M. A. ***Marie*** montre des préparations de sang, de liquide rachidien, du cerveau et de la moelle dans la maladie du sommeil. L'auteur attire l'attention sur la presque identité des lésions vasculaires avec celles de la paralysie générale (manchons périvasculaires énormes).

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 17 novembre 1910.

Un cas d'aphasie de Wernicke avec autopsie. — MM. ***Santenoise***, ***Laignel-Lavastine*** et ***Boidard*** présentent les pièces et les coupes d'une aphasique de Wernicke. Il existe un volumineux ramollissement sous-cortical des 2 premières circonvolutions temporales. On remarque de plus un petit ramollissement dans la substance blanche de l'isthme unissant l'extrémité antérieure de l'insula au ventricule bilatéral et un sarcome angiolitique de la dure-mère enfoncé comme un coin dans le tiers moyen de la 2e circonvolution frontale déprimée à son niveau.

Les coupes mettent en évidence les tourbillons sarcomateux de cellules fusiformes souvent imbriquées comme des bulles d'oignon et l'origine vasculaire des angiolithes.

Autopsie d'un cas de paramyoclonus multiplex associé à l'épilepsie. — MM. ***Santenoise*** et ***Laignel-Lavastine***, présentent les coupes du névraxe d'un myoclonique épileptique, mort phtisique. De la constatation et de la critique des coupes se dégage cette conclusion négative qu'aucune lésion ne peut être, dans ce cas, liée au paramyoclonus multiplex.

Psychose hallucinatoire chronique. — Nous proposons d'élever à la dignité d'entité clinique ce trouble psychopathique connu d'Esquirol et dont les signes ont été décrits à l'occasion de 2 cas par Séglas. Les caractères cardinaux en sont : hallucinations auditives verbales et de tous les sens en général considérée par le malade comme ayant une réalité, mais ne devenant jamais le point de départ d'un système d'interprétations délirantes : ces troubles persistent toute la vie sans évolution et en tous cas sans aucune tendance démentielle.

La psychose hallucinatoire chronique ne peut pas dériver d'un accès de confusion mentale hallucinatoire et se distingue en cela de la psychose hallucinatoire aiguë de Farnarier.

C'est une affection qui, pour être rare, n'est pourtant pas exceptionnelle et nous paraît se rencontrer dans la proportion de 5 à 6 pour 1000.

Dans la nosologie c'est le type du trouble mental survenant dans un cerveau valide.

Sur la folie maniaque dépressive. — La psychologie des états maniaques et dépressifs relève de troubles du même degré de l'activité psychique, il s'agit d'altérations des associations et des inhibitions symptomatiques de Paulhan et Janet. Mais tandis que dans la manie il y a diminution des deux phénomènes avec exagération de l'automatisme, dans la mélancolie, les inhibitions systématiques sont augmentées.

Les cas non récidivants doivent être considérés comme des cas frustes du type complet

Il ne faut pas confondre les formes alternes avec les manifestations excito-dépressives de la démence précoce où les hallucinations et la diminution de l'activité psychique sont toujours des signes positifs.

Deux cas de démence paranoïde ; rémission sous l'influence d'une dothienentérie — Hyperidéation — MM. **Henri Claude** et **J. Lévy-Valensi** présentent deux malades atteintes de démence précoce paranoïde. Dans les deux cas la démence fut précédée d'un stade d'hallucinations auditives accompagnées d'idées de persécution.

Dans le premier cas, les auteurs insistent sur une rémission des plus nettes qui se produisit au cours et au décours d'une fièvre typhoïde, cette rémission dura trois mois.

Le deuxième cas concerne une jeune fille atteinte de démence précoce caractérisée par un état démentiel certain, de l'indifférence émotionnelle et des stéréotypies portant sur les attitudes, les gestes, les écrits. Chez cette malade il existe un délire vieux déjà de 7 ans, qui ne s'est nullement modifié, qui est cristallisé. Ce délire revêt une forme mystique. Les auteurs insistent sur ce fait que cette malade certainement démente a présenté par moment des phases d'hyperfonctionnement cérébral. A ces moments elle a imaginé des travaux d'aiguille vraiment remarquables, elle a écrit des pensées qui surprennent sous la plume d'une démente

En somme ces deux cas prouvent d'une part que la démence n'a pas une marche mesurable comme on l'a dit, qu'elle peut s'amender sous certaines influences, d'autre part que sur un fond démentiel peuvent se manifester des phénomènes d'hyperidéation.

Un cas de paralysie générale juvénile. (Paralysie générale des parents.) — MM. ***Baudouin*** et ***J. Lévy-Valensi*** présentent une jeune fille de 17 ans qui depuis deux ans présente des manifestations évidentes de méningo-encéphalite diffuse (démence progressive inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose rachidienne). Le fait remarquable dans ce cas c'est que le père de la malade est mort à Villejuif, sa mère à Ville-Evrard. Les certificats les concernant diagnostiquèrent la paralysie générale. Ce fait apporte un argument nouveau à la théorie aujourd'hui généralement admise de l'affinité particulière de certaines syphilis pour les centres nerveux.

Dr Delmas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 3 novembre 1910.

Hémorragies dues à la paracentèse latérale de l'abdomen. — M. ***Fatome*** a observé deux fois des blessures de l'artère épigastrique ou d'une de ses branches à la suite de la paracentèse de l'abdomen au lieu d'élection pour ascite. Un de ces cas se termina par la mort, et l'autopsie fit constater une blessure de l'épigastrique. De pareils accidents ont été signalés ; pour éviter leur production, l'auteur conseille de pratiquer la ponction sur la ligne blanche.

Un cas de tétanie consécutif à une résection partielle du corps thyroïde.— M. ***Diedoff*** a pratiqué la résection partielle des deux lobes latéraux du corps thyroïde chez un malade atteint de goitre exophtalmique nettement caractérisé. Il a fait l'opération en deux temps, séparés par un intervalle de deux mois environ.

Or, bien qu'il se soit assuré de ne pas léser les glandes parathyroïdes au cours de ses interventions, et bien qu'il ait laissé une portion suffisante de la glande thyroïdienne, son malade succomba huit jours après la deuxième opération avec des phénomènes de tétanie et des signes d'irritation cérébrale.

L'autopsie révéla, du côté de l'encéphale, une congestion intense de la substance cérébrale caractérisée par un piqueté hémorragique ; du côté du corps thyroïde, une atrophie presque complète de la portion restante de la glande, confirmée par l'examen histologique qui démontra la dégénérescence fibreuse du tissu glandulaire. C'est à cette atrophie aiguë du corps thyroïde que l'auteur attribue l'apparition des accidents tétaniques et la mort du malade.

Fièvre typhoïde et fièvre de Malte associées. — M. ***Bassères*** a observé à Perpignan un cas intéressant et curieux d'association du B typhique et du m. melitensis. Chez un malade atteint de fièvre typhoïde typique, confirmée par le séro-diagnostic, et compliquée d'hémorragie intestinale grave, apparurent, au moment où la détervescence paraissait vouloir se faire, des symptômes nouveaux qui firent croire à une rechute. Toutefois, certains signes, en particulier l'aspect favorable du malade, l'apparition de poussées de sudamina, lui firent penser qu'il ne s'agissait pas de dothiénentérie. Effectivement, il fit pratiquer la séro-réaction de Wright ; celle ci fut positive. Le malade guérit d'ailleurs très bien, la défervescence survint le 62e jour. Il n'a pu déterminer exactement l'étiologie de ce cas, et, en particulier si les deux infections éberthienne et mélitensienne ont été simultanées ou se sont greffées l'une sur l'autre.

Pleurésie purulente interlobaire à bacilles d'Eberth traitée par les injections interpleurales de collargol. — M. ***Marotte*** a employé avec succès chez un malade la méthode de traitement préconisée par M. H. Vincent pour les pleurésies purulentes à streptocoques ; mais, dans son cas il s'agissait d'une pleurésie purulente interlobaire survenue au déclin d'une fièvre typhoïde. Le malade pusillanime se refusant à toute intervention chirurgicale, M. Marotte lui fit à grand'peine trois ponctions qui ramenèrent du pus, et lui réinjecta chaque fois 10 à 20 cc. de solution de collargol au 1/100 c. Le malade guérit complètement sans vomique. Le pus ensemencé donna une culture pure de B. d'Eberth.

Traitement de la pleurésie sérofibrineuse par l'autosérothérapie. — M. ***Cross*** apporte le résultat des observations qu'il a prises de neuf malades qu'il a traités par la méthode de Gilbert. Ces résultats ne sont pas très favorables. Deux malades seulement ont guéri plus vite qu'avec les méthodes ordinaires ; chez 4 autres, il a dû recourir à la thoracentèse.

La moyenne de la durée de l'épanchement chez ces 9 malades traités par l'autosérothérapie a été de 22 jours.

Des indications de la trépanation dans les fractures du crâne non ouvertes (*Discussion*).— M. R. ***Picqué*** estime qu'il y a lieu de pratiquer d'abord une ponction lombaire ; c'est une investigation diagnostique indispensable. Mais cette opération n'est pas suffisante et il estime qu'il faut intervenir si les symptômes généraux persistent après la ponction, qu'ils affectent le caractère de dépression ou d'excitation, et dès que le moindre signe local permet de fixer le siège de la trépanation (hématome sous-cutané, point douloureux). L'incision de la dure-mère lui paraît utile et amène une rapide décompression du liquide céphalo-rachidien.

Personnellement, il a pratiqué avec succès la trépanation dans des cas de fracture de la base.

M. ***Moty*** voit une indication formelle de trépanation dans l'existence de douleurs intracraniennes vives ayant résisté à des traitements plus simples. L'ouverture de la cavité arachnoïdienne et son drainage procurent aux blessés un soulagement marqué.

MM. ***Jacob***, ***Sieur***, ***Rouvillois***, considèrent que la ponction lombaire est suffisante dans nombre de cas ; ils pensent qu'il n'est pas nécessaire de trépaner lorsque le blessé ne présente aucun signe de localisation cérébrale ou de compression, et qu'il n'y a que des symptômes d'excitation.

La ponction lombaire répétée donne aux blessés les mêmes bénéfices que la trépanation. Ils citent à l'appui un certain nombre d'observations où des blessés atteints de fracture de la base du crâne ont guéri sans autre intervention que des ponctions lombaires.

M. ***Ferraton*** rappelle que M. L. Picqué a attiré l'attention à la Société de chirurgie sur des accidents psychiques qui sont susceptibles de se développer par la suite de fracture du crâne. La trépanation seule peut les prévenir et les guérir.

H. Billet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 11 novembre 1910.

Sur un nouveau liquide modificateur des fongosités tuberculeuses. — M. ***Judet***. — M. ***Barbarin***.

Sur la difficulté de sentir parfois les calculs à travers le rein décortiqué. — M. ***Pasteau***, à propos de l'observation de M. Le Fur, insiste sur la nécessité d'ouvrir le rein jusqu'au bassinet dans les opérations exploratrices de cet organe.

De l'insuffisance vertébrale. — M. ***Mayet***. — Comme Schanz et Denucé, il croit à la fréquence de ce syndrome. Il l'a constaté dans plus de 300 cas sur 652 scolioses examinées. Ces faits correspondent aux anciennes scolioses douloureuses.

Pour l'auteur, dans toute scoliose à forme un peu accentuée, il existe une période d'acuité, où l'on trouve le syndrome de Schanz. En dehors des cas d'origine paralytique, la scoliose n'est donc pas une affection musculaire mais osseuse. Les scolioses avec insuffisance vertébrale s'aggravent par la gymnastique. Il constate que les défenseurs les plus zélés de la gymnastique suédoise sont souvent réduits, devant des scolioses sérieuses ou actives, à s'en remettre à d'autres méthodes thérapeutiques.

La laryngectomie totale en 2 temps séparés. — M. ***Le Bec***. — Les grands dangers de l'ablation totale du larynx sont le choc traumatique et surtout la pénétration de produits septiques dans les voies respiratoires. On les évite en opérant en 2 temps séparés par une vingtaine de jours. 1er *temps* : dissection de la trachée, section transversale au-dessous du cricoïde, renversement en avant et suture du 1er anneau à la peau. 2e *temps*: ablation du larynx. Il est important de faire un bon drainage parce que les produits sécrétés par la plaie peuvent s'infecter et causer un phlegmon du cou. Les fistules pharyngées se guérissent facilement. Cette méthode met à l'abri de la pneumonie septique et ménage les forces du malade.

Rapport sur les travaux de M. Mamlni (Jérusalem).— M. ***Le Bec***.

Calcul urétéral.—M. Paul ***Delbet*** présente un calcul urétéral extrait par urétérolithotomie iliaque. Du volume d'une noisette, il occupait la partie pelvienne. Radiographies. Discussion : MM. ***Pasteau***, ***Guisez***.

M. Lance.

Séance du 18 novembre 1910.

A propos de l'exclusion des anses intestinales. — M. ***Cazin*** rapporte l'observation d'une jeune fille chez laquelle il a dû pratiquer l'exclusion d'une partie de l'S iliaque adhérente à la paroi d'un kyste du ligament large et devenue fistuleuse dans la cavité de ce kyste marsupialisée ; pour réaliser l'entéro-anastomose entre les deux extrémités de l'intestin sectionné, le méso avait

été antérieurement séparé du fragment exclus dont l'atrophie spontanée se produisit de telle sorte que la guérison fut obtenue sans nouvelle intervention.

Traitement des rétrodéviations mobiles de l'utérus. — M. *Péraire* cite plusieurs cas de grossesse arrivés sans aucun incident au terme de la délivrance après hystéropexie abdominale. Cette hystéropexie doit être isthmique chez les jeunes femmes. Quant aux femmes arrivées à la ménopause, peu importe le procédé d'hystéropexie auquel on aura recours. Pour donner plus de solidité aux ventrofixations. M. Péraire propose d'associer à la méthode de Doléris ou de Dartigue, l'hystéropexie abdominale intra-pariétale, dont il donne la description.

Calcul de la glande sous-maxillaire. — M. *Judet* présente un calcul salivaire qui a pu être extrait par la voie buccale après une radiographie extrêmement nette. Le diagnostic initial avait été simplement une inflammation chronique de la glande sous-maxillaire.

Présentations. — M. *Guisez* présente : 1° un enfant de 14 ans opéré de *laryngostomie* il y a deux ans. Il s'agissait d'un malade *canulard* depuis l'âge de 3 ans. L'auteur a pu refaire la cavité laryngée et maintenir la dilatation. Les soins ont cessé depuis un an et la guérison s'est maintenue. La voix est excellente.

2° Un malade atteint de *sténose cicatricielle infranchissable* de l'œsophage. L'auteur a pu par l'endoscopie retrouver le pertuis reliquat de la lumière œsophagienne et ramener par l'électrolyse circulaire l'œsophage à son calibre normal.

3° Un enfant atteint de *sténose congénitale* de l'œsophage également infranchissable, opéré il y a 3 mois sous endoscopie. Le résultat s'est maintenu depuis. A. HUGUIER.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MEDECINE

***Paris, 13-15 Octobre 1910.** (Suite et Fin)*

Questions diverses. Tuberculinothérapie.

M. *Faivre* (de Poitiers). — Il est heureux de constater que l'alliance de la clinique et du laboratoire s'est affirmée au cours des communications qui viennent d'être faites par MM. Maragliano. Marmoreck, Renon, Bezançon, Arloing et Doyen ; il veut simplement demander à ces auteurs s'ils ont observé comme lui, dans leurs statistiques rapportées en bloc, l'action bienfaisante du sérum antituberculeux sur les formes hémoptoïques et s'ils mettent cette action à l'actif du facteur sérum en général ou du sérum antituberculeux en particulier.

Il lui est répondu à la quasi-unanimité que ce fait de thérapeutique monosymptomatique est exact, mais qu'il s'obtient tout aussi bien avec le simple sérum de cheval qu'avec le sérum antituberculeux ; il est donc probable qu'il s'agit d'une simple influence coagulante plutôt que d'une action spécifique.

Action antitoxique des lipoïdes sur le poison tuberculeux.

MM. *Gérard* et *Lemoine* (de Lille) communiquent au Congrès leurs nouvelles expériences sur l'action antitoxique des lipoïdes vis-à-vis du poison antituberculeux. Après avoir montré que la sérothérapie antituberculeuse n'a pas donné les résultats qu'on en attendait, attendu que tous les sérums ont l'inconvénient commun de donner lieu à des phénomènes d'anaphylaxie, ces auteurs ont continué à porter leurs efforts d'un autre côté et ils ont essayé de parfaire la méthode de traitement de la tuberculose qu'ils ont antérieurement donnée. Ils exposent aujourd'hui les résultats de nombreuses expériences de laboratoire faites avec leurs collaborateurs, M. Gaehlinger et Tilmant.

Les expériences effectuées sur un très grand nombre de cobayes ont porté sur des lipoïdes de diverses origines et surtout sur les lipoïdes d'extraits d'animaux ayant résisté à la tuberculose.

Les animaux tuberculisés sont divisés en 7 séries. Les 3 premières sont traitées préventivement, les trois suivantes curativement et la dernière sert de témoin. Les séries 1 et 4 ont reçu par la voie sous-cutanée des lipoïdes hépatiques après macération avec des bacilles tuberculeux. Les séries 2 et 5, une solution de lipoïdes d'animaux résistant à la tuberculose. Les séries 3 et 6 une solution de lipoïdes normaux. La série 7, le véhicule : huile de vaseline. Le poids total d'animaux est à peu près identique pour chaque série au début des expériences.

Il est difficile de résumer tous les résultats obtenus ; toutefois en voici quelques-uns indiquant la mortalité :

série 1	mortalité de	95 %	série 2	mortalité de	35 %
— 3	—	— 90 %	— 4	—	— 100 %
— 5	—	— 50 %	— 6	—	— 80 %

Divers faits intéressants ont été relevés au cours des expériences et entre autres le suivant :

Chez les animaux tuberculisés traités curativement, on constate, dans le cas où l'injection journalière de lipoïdes est volumineuse, la production de nodosités remplies d'un magma épais, crémeux qui au microscope montre des leucocytes farcis de lipoïdes contenant des bacilles de Koch. Ce magma, injecté sous la peau ou dans le péritoine d'un cobaye, ne donne jamais de tuberculose. Il se produit donc de véritables points de fixation à bacilles tuberculeux morts,

Traitement de la syphilis par les arsenicaux.

Une telle question posée au Congrès ne pouvait que raviver les passions sur les champions médicamenteux qui se disputent le plus grand succès dans le traitement de la syphilis. Je dis « raviver les passions » parce que, grâce à une extériorisation trop prompte dans les journaux politiques dès l'apparition du 606, une question purement scientifique a l'air d'être devenue une affaire de race, de politique, de commerce, de réclame, de patriotisme, d'amour-propre excité, du moins à en juger par les apparences qui résultent de débats passionnés, vraiment trop rapidement nombreux, et qui se continuent.

M. *Milian* (de Paris). — Le traitement de la syphilis par les arsenicaux est ancien, mais il bénéficie depuis trois ou quatre ans d'un regain d'actualité, et en ce moment on préconise deux composés arsenicaux : le 606 de M. Ehrlich et l'hectine de M. Mouneyrat.

L'hectine a l'avantage d'être soluble ; elle a été introduite dans la thérapeutique par M. Balzer. Elle a une très grande activité, qu'on peut qualifier de merveilleuse, car elle guérit à peu près tous les accidents. Cependant peut être ne donne-t-elle pas une guérison définitive comme le 606. En particulier, administrée dans un cas où le diagnostic de sarcome du foie était porté, elle amena une guérison complète, montrant ainsi qu'il s'agissait en réalité de gommes syphilitiques. Son emploi est indolore ; il est indiqué pour les malades pusillanimes.

Quant au 606, avant de parler de son efficacité, il faut s'entendre sur la toxicité qui lui est reprochée. Je l'ai injecté chez 130 malades, qui vont tous très bien, n'ont jamais eu d'accidents, et ne m'ont jamais donné d'inquiétude. Il a évidemment la toxicité de tous les arsenicaux, et son emploi peut entraîner les inconvénients de toute thérapeutique arsenicale, mais avec le minimum de fréquence, d'après ce que j'ai observé. En tout cas, je n'ai pas constaté le moindre trouble visuel chez mes injectés.

Pour ce qui est de son efficacité, je déclare que nous n'avons pas encore de médicament pareil. Il est merveilleux. Il n'y a pas de mots assez forts pour caracteriser son action. Le chancre est cicatrisé en quelques jours, quelle que soit sa période ; mais l'induration disparaît plus lentement. Il guérit les accidents secondaires et tertiaires Il réussit là où le mercure a échoué, et donne la guérison aux malades qui ne peuvent supporter le mercure. Chez un étudiant en médecine, que je soigne depuis l'apparition de l'accident initial, chez lequel, malgré le traitement mercuriel, la syphilis était assez maligne pour le conduire à la désespérance et aux idées de suicide, le 606 a amené rapidement un changement tel que le malade m'écrit sa résurrection.

M. *Salmon* (de Paris) dit que le traitement de la syphilis par l'arsenic est le triomphe du laboratoire, que sans celui ci les médecins en seraient encore à traiter la syphilis par le mercure, médicament qu'on doit rejeter à l'heure actuelle. La syphilis est maintenant guérie en une seule séance, avec une seule injec-

tion de 606. Ce fait a des conséquences considérables au point de vue de la prophylaxie de la syphilis, et notamment du mariage des syphilitiques. Un homme, qui allait se marier, a été atteint d'un chancre syphilitique, M. Salmon lui a fait une injection de 606 et quinze jours après cet homme a pu se marier.

MM. *Sicard* et *Bizard* ont obtenu les mêmes succès que les précédents orateurs dans les accidents syphilitiques, primaires, secondaires et tertiaires. Mais, dans deux cas de paralysie générale et de tabes, ils n'ont pas eu de résultats. Une fois il y a eu une petite hémorragie papillaire ; elle a disparu rapidement et n'a pas eu de suite.

M. *Netter* insiste sur ce que l'innocuité du 606 signalée par les précédents orateurs est d'accord avec les statistiques étrangères, qui ne relèvent ni décès, ni cécité. Il indique les idées directrices d'Ehrlich et insiste sur la grande valeur pratique, sur l'utilité considérable d'un traitement qui guérit la syphilis en une seule fois, du fait d'une seule injection.

M. *Leredde* (Paris). — Les faits cliniques démontrent que l'action du 606 sur les accidents est considérable et habituelle. Elle est surtout mise en valeur dans les cas dans lesquels la syphilis a résisté au mercure. Ces cas sont, du reste, plus rares qu'on ne le dit. Beaucoup d'auteurs traitent la syphilis sans tenir compte des doses de mercure absorbées. C'est ainsi qu'en Allemagne on a publié beaucoup de cas de malades non guéris par les frictions, et guéris par le 606. Or, les frictions sont les agents les plus infidèles de la thérapeutique de la syphilis courante.

Pour le moment on ne peut pas, on ne doit pas dire qu'il faut supprimer le mercure dans le traitement de la syphilis.

Un second point a une grande importance. M. Sicard nous dit que le 606 avait échoué dans des cas de tabes et de paralysie générale confirmée. Mais M. Milian vient de nous rappeler le cas d'un étudiant en médecine atteint de tabes au début et chez lequel le 606 a produit un résultat admirable.

Les auteurs allemands ont montré que sous l'influence du 606 des signes tels que le signe d'Argyll, les troubles de la sensibilité, les troubles vésicaux, peuvent disparaître ; il s'agit là encore de tabes au début.

M. *Jacquet* rapporte les observations de trois malades de son service traités par l'arséno-benzol.

Le premier, sans antécédents syphilitiques avérés, mais porteur du signe d'Argyll et d'une réaction de Wassermann positive, présentait une *syphilide scléro-gommeuse* de la langue, qui rendait les mouvements de mastication et de déglutition pénibles. Il fut amélioré fonctionnellement par l'injection, sans qu'objectivement on constatât un changement notable.

Le deuxième était atteint d'ulcération linguale avec macro-labialite tertiaire ; il était tuberculeux et syphilitique ; la réaction de Wassermann était positive. On injecta 0 gr. 50 d'arséno-benzol, la réaction douloureuse fut vive, mais on assista à une régression de la labialite. Quant à l'ulcère lingual, il n'a pas été modifié par le 606, mais il était très probablement tuberculeux.

Le troisième cas concernait un homme de cinquante-trois ans, alcoolique, atteint de syphilide ulcéreuse de la cuisse droite, et ayant déjà, à plusieurs reprises, présenté des vomissements non sanglants et des crises douloureuses gastriques. On injecta à ce malade 0 gr. 50 de 606, qui provoquèrent une réaction douloureuse. Sept jours après l'injection, alors qu'on pouvait constater que la gomme se séchait et présentait des phénomènes manifestes d'épidermisation rapide, on vit survenir des vomissements noirâtres, abondants, et le douzième jour après l'injection le malade mourait. A l'autopsie on trouva un ulcère calleux de l'estomac avec une importante dilatation gastrique.

Est-ce l'arséno-benzol qui est responsable de cette évolution mortelle ? Personnellement, M. Jacquet a tendance à répondre par l'affirmative. En effet, le malade n'avait antérieurement jamais présenté d'hématémèses ; il était entré à l'hôpital non cachectique, avec un assez bon état général ; il était au repos et soumis au régime lacté, donc dans les meilleures conditions possibles pour supporter la médication.

De plus, on connaît l'action vaso-dilatatrice violente des composés arsenicaux, et les hémorragies de diverse nature, bronchopulmonaires par exemple, qu'elle entraîne. Il est donc probable qu'on a eu affaire à une action semblable sur l'ulcère gastrique. Eût-on d'ailleurs connu l'existence de ce dernier, ajoute M. Jacquet, qu'il était naturel, d'après les antécédents du malade de tenter le traitement spécifique en songeant à la possibilité d'une gastropathie syphilitique de l'estomac.

M. Jacquet dit n'avoir pas eu à vérifier l'action de l'arsénobenzol dans les syphilides secondaires, et ne cite que des faits se rapportant aux syphilis tertiaires. Dans ces derniers cas, et d'après son expérience personnelle, il estime que le 606 est un médicament qui peut offrir des dangers, et se demande si les ressources qu'offre la thérapeutique à l'égard de ces syphilides tertiaires méritent qu'on affronte ces dangers.

A ce propos, l'auteur rappelle avoir formulé dans une communication antérieure récente les conclusions générales suivantes : « les syphilomes tertiaires, presque toujours localisés et entretenus par un ensemble d'irritations fonctionnelles ou inflammatoires d'ordre banal, disparaissent presque complètement — et parfois complètement — *sans traitement médicamenteux*, si l'on supprime ces irritations. »

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par l'hectine.

M. *Balzer* (de Paris). — Le benzosulfone para-aminophénylarsinate de soude, plus brièvement l'hectine, contient à peu près 19 % d'arsenic et 5 centigrammes en contiennent à peu près 1 centigramme. Les doses moyennes que j'ai établies et auxquelles je reste fidèle sont de 10 centigrammes par jour et le meilleur mode de traitement, suivant moi, consiste à administrer cette dose en injection tous les jours. La cure totale est de 2 à 3 gr. d'hectine, administrés sans interruption, ou bien avec une interruption de quatre jours.

Il est à remarquer que cette dose de 2 grammes d'hectine que nous proposons pour la cure est à peu près équivalente pour la teneur en arsenic avec la dose qui est administrée dans le traitement par l'arsénobenzol. Mais tandis que cette dernière agit plus puissamment par sa masse rapidement absorbée, les doses fractionnées d'hectine agissent par la régularité de leur répétition dans un temps qui est à peu près le même pour les deux médicaments, deux à trois semaines.

Le fractionnement des doses de l'hectine est nécessité par la crainte de dépasser la tolérance des nerfs des organes des sens, surtout du nerf optique. Dans le cas de prédisposition et de vulnérabilité spéciale de ce nerf, il faut que les doses d'hectine absorbées ne soient pas dangereuses pour son intégrité. C'est ce qui s'est passé heureusement dans les trois cas d'amblyopie légère que nous connaissons, et dans lesquels les troubles de la vue ont cédé facilement après la cessation du traitement arsenical.

Si le danger si redoutable de l'amblyopie et de l'amaurose peut, dans ces cas, être évité, c'est évidemment grâce au fractionnement des doses administrées journellement et à leur prompte élimination.

En pareil cas, il ne faut pas toujours mettre en cause le dosage du dérivé arsenical, car la névrite optique a pu survenir avec des doses faibles d'atoxyl. Il s'agit très probablement de sujets prédisposés et c'est ce qui justifie encore davantage le dosage faible et fractionné.

En somme, l'hectine, comme préparation arsenicale soluble et facilement tolérée, se prête fort bien aux indications générales du traitement de la syphilis. Elle se prête aux cures promptes et faciles à répéter, à cause de la rapidité de son élimination ; elle est très propre aux traitements mixtes, à cause de son association commode avec le mercure ou l'iode.

Je ne ferai que mentionner ici le rôle important qu'elle joue dans le traitement abortif de la syphilis préconisé par M. Hallopeau. Il s'agit d'une cure locale par l'hectine qui tend à cerner et à détruire le tréponème encore arrêté dans la région du chancre.

Cette cure s'opère avec des doses fractionnées, que l'on injecte chaque jour, non seulement autour du chancre, mais dans l'espace compris entre le chancre et les ganglions infectés, de façon à ce que le dérivé arsenical arrive promptement à ceux-ci par l'intermédiaire des lymphatiques. Le traitement local, aidé par des injections mercurielles, dure un mois. Peut-il réussir ? M. Hallopeau a présenté à ce sujet des observations très intéressantes à la séance du 4 octobre à l'Académie de médecine. Son exemple a convaincu un certain nombre de médecins : à l'étranger M. Moniz de Aragao ; en France, MM. Fouquet, Guiard Moutot, qui ont employé sa méthode et croient aussi avoir ob-

tenu des résultats définitivement abortifs. Je ne ferai qu'une observation relative aux doses de 0,20 centigr. d'hectine que M. Hallopeau emploie chaque jour pendant un mois. Je trouve ce dosage élevé ; mais que le traitement que M. Hallopeau soit réellement abortif ou qu'il n'ait que la valeur d'un traitement précoce intensif, il n'en montre pas moins avec quelle facilité l'hectine se prête aux cures des lésions localisées de la syphilis. Pour les manifestations régionales de la syphilis tertiaire, gommes, syphilides tuberculeuses, ulcéreuses, etc., elle peut être employée en injections sous-cutanées, soit dans le voisinage, soit même directement dans les points occupés par les infiltrations de la syphilis tertiaire.

L'hectine se prête d'autant mieux à ces cures localisées qu'elle peut être injectée simplement sous la peau. Il n'est pas nécessaire de l'injecter dans le muscle, si ce n'est pour obtenir une diminution des douleurs consécutives à l'injection ; déposée assez profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle détermine un œdème passager, mais pas de nodosités. Toutefois, comme la douleur modérée qui suit l'injection sous-cutanée se fait encore sentir après plusieurs heures, l'injection intra-musculaire, à ce point de vue, est mieux tolérée. Mais c'est son seul avantage, et pour les cures locales il peut être fort utile de pouvoir injecter l'hectine immédiatement sous la peau.

Je ne ferai que mentionner le traitement par les injections intra-veineuses, dont je n'ai pas l'expérience. Je sais qu'il en a été fait, notamment par M. Joltrain, et qu'elles ont été bien tolérées. L'expérimentation sur les animaux, faite par M. Mouneyrat, a démontré aussi la possibilité de ces injections. Malgré cela, je ne les recommanderai pas dans ce travail, car je crois que l'absorption par les injections sous-cutanées se fait avec assez de facilité pour que nous n'ayons pas besoin de recourir aux injections intra-veineuses. D'autre part, la voie intra-veineuse ne me paraît pas indiquée pour un dérivé arsenical d'une action aussi forte et qui s'élimine aussi promptement que l'hectine.

Peut-être aussi est-elle plus à redouter pour le nerf optique. En somme, elle me paraît devoir être réservée pour des cas exceptionnels, au moins jusqu'à plus ample informé.

L'hectine se prête particulièrement bien au traitement de la syphilis chez les enfants et chez les nourrissons. La cure peut être commencée avec les dosages les plus prudents de 1 à 2 centigrammes par injection et élevés progressivement suivant le poids et l'âge des sujets malades. Nous avons pu atteindre jusqu'à 10 centigrammes chez les enfants âgés de plus de dix ans.

Enfin, il est un mode d'administration de l'hectine qui n'a pas été jusqu'ici l'objet d'observations suffisantes, c'est l'ingestion. Pourtant, administrée aux mêmes doses qu'en injections, sous forme de gouttes ou de pilules, seule ou associée au mercure, l'hectine est très bien absorbée par les voies digestives.

M. *Mouneyrat* (de Lyon). — M. le Dr Mouneyrat, dans sa communication, a donné ces lois bio-chimiques qu'il a dégagées dans ces dernières années, lois établissant les relations qui existent entre la constitution chimique des corps arsenicaux et leurs propriétés antisyphilitiques. Il a montré et déterminé avec précision les groupements atomiques qui augmentent ou diminuent l'action tréponémicide de l'arsenic.

Cela fait, il a indiqué les moyens propres à désintoxiquer les molécules arsénicales antisyphilitiques. C'est en se basant sur ces recherches de plusieurs années, recherches conduites d'une façon absolument scientifique et systématique, qu'il est arrivé à faire la synthèse de l'hectine et de l'hectargyre. M. Mouneyrat a montré que l'hectine, ainsi que l'a établi le Dr. Fouquet, tue le tréponème, agent infectieux de la syphilis. M. Mouneyrat a montré en outre que l'hectine ne se fixait pas dans les centres nerveux, ce qui explique son innocuité ; qu'elle se localise presque exclusivement dans la peau et les muscles, précisément dans les régions où siègent la plupart du temps les lésions d'origine syphilitique. Cette action anti-infectieuse de l'hectine et sa localisation spéciale indiquent sa puissante action dans le traitement de la syphilis à toutes ses périodes (syphilis primaire, secondaire et tertiaire), ainsi que dans les affections para-syphilitiques comme le tabès. En dehors de son action antisyphilitique, l'hectine relève très rapidement l'état général des malades.

Autres communications.

Un cas de leucémie subaiguë à cellules embryonnaires. Étude hématologique.

Chevrel (de Rennes). — L'A. rapporte une observation de leucémie à évolution relativement lente (7 mois) et caractérisée au point de vue leucocytaire par la présence en forte proportion (95 p. %) de cellules embryonnaires analogues au grand lymphocyte d'Erlich. Cette observation ne répond nettement ni au type lymphoïde ni au type myéloïde. En raison de ses caractères hématologiques, elle doit être rangée dans le groupe récemment individualisé des leucémies embryonnaires. Des inclusions cellulaires en forme de bâtonnets, de fuseaux ou de massues colorés en rose par le Giemsa ont été constatées dans les grands lymphocytes. Elles n'ont pas l'aspect de parasites et représentent, sans doute, des débris cellulaires.

Formes cliniques de la syphilis gastrique.

M. G. *Leven* (de Paris). — Les formes cliniques de la syphilis gastrique sont très nombreuses. La syphilis de l'estomac revêt les apparences des dyspepsies banales, graves, rebelles ; les apparences de l'ulcère gastrique avec hémorragies récidivantes ; les apparences des sténoses pyloriques et médiogastriques (estomac en sablier) ; enfin, celles du cancer le moins discutable.

On guérit des dyspepsies, des ulcères, des faux cancers avec le traitement spécifique.

Ces faits nous paraissent assez fréquents pour légitimer la ligne de conduite suivante : en présence du cancer gastrique le plus certain, instituez le traitement iodo-mercuriel avant de désespérer ou avant de faire opérer.

Le prochain Congrès de médecine aura lieu à Lyon, en 1911, sous la présidence du professeur Teissier.

ANALYSES

CHIRURGIE

Tuberculose appendiculaire et appendicite ; par le Dr Charles Le Braz, (*Thèse de Paris*. Imp. Duruy et Cie).

La question de l'appendicite tuberculeuse a été obscurcie par une certaine confusion dans les termes. Dans les travaux jusqu'ici publiés sur ce point, on confond en effet l'*appendicite tuberculeuse* et la *tuberculose appendiculaire* dont la forme précédente n'est qu'un épisode.

Lorsqu'on étudie la tuberculose appendiculaire, on voit qu'elle est remarquablement fréquente, si l'on en juge d'après les statistiques d'autopsies, ce qui n'est pas surprenant, car, l'appendice par sa disposition et sa structure, offre à la tuberculose un excellent milieu de développement. Celle-ci revêt là des aspects anatomiques variés et comparables à ceux de la tuberculose iléo-cæcale avec laquelle elle coexiste souvent et qu'elle peut, suivant les cas, précéder ou suivre.

Or, cette fréquence de la tuberculose appendiculaire s'oppose, et c'est le point que l'auteur s'attache à bien mettre en lumière, à la rareté de l'appendicite tuberculeuse, car, sous ce nom, on ne doit comprendre que les cas où la tuberculose appendiculaire se manifeste cliniquement. L'apparition des signes d'appendicite, au cours d'une tuberculose appendiculaire, est due à l'inflammation du péritoine péri-appendiculaire, réaction péritonéale qui est provoquée par le développement d'infections secondaires. Tant que manque cette réaction péritonéale, la tuberculose appendiculaire reste latente.

Cliniquement, l'appendicite tuberculeuse ressemble à l'appendicite non spécifique. C'est surtout par son évolution et par l'apparition de fistules intarissables consécutives à l'ouverture, spontanée ou non, d'abcès, qu'elle peut s'en différencier. Le diagnostic est le plus souvent impossible, d'où l'utilité de l'examen histologique de tous les appendices après ablation, examen qui seul permettra un diagnostic certain.

L'appendicectomie, seule curative, doit être aussi précoce que

possible. Comme l'a fait observer Alglave, dans son récent mémoire, l'existence fréquente de lésions bacillaires à l'orifice appendiculo-cœcal est la cause probable des fistules post-opératoires qui sont communes. Aussi l'auteur, comme Alglave, conseille-t-il l'ablation d'un petit coin cœcal avec l'appendice, chaque fois qu'on soupçonne une appendicite tuberculeuse.

PSYCHOPHYSIOLOGIE

Psychophysiologie de la faim ; par Ramon Turro. (In *Journal de Psychologie normale et pathologique*, septembre-octobre 1910.)

On trouve l'origine de la faim dans l'appauvrissement du milieu interne devenu incapable de fournir aux cellules la substance réparatrice. Mais la faim n'est pas toujours globale. Elle s'adresse à tel ou tel aliment (eau, sel, protéines, hydrates de carbone, graisses) selon les indications des sensations trophiques. La faim est une somme de tendances trophiques électives et n'a pas besoin d'être expliquée par l'instinct.

D'après l'auteur, il se produit une autorégulation quantitative des sensations trophiques ; la fixation de la ration nécessaire dépend du souvenir d'expériences passées. Une adaptation est même possible et l'organisme arrive à accepter une diminution de ration, par suite de l'affaiblissement progressif de l'énergie du mouvement nutritif. C'est de la cellule que part toujours l'excitation, c'est elle, en fin de compte, qui évoque la sensation de faim et qui la régularise. J. B.

Recherches expérimentales sur l'illusion des amputés et sur les lois de sa rectification ; par C. Hémon (In *Revue philosophique*, septembre 1910.)

D'intéressantes recherches expérimentales sur l'illusion des amputés ont été faites par M. C. Hémon, qui aboutissent à la reconnaissance de la nature psychologique de ces sortes d'illusions. Par un heureux hasard, l'auteur a été mis sur la voie de faits instructifs qui déterminent une nouvelle loi de rectification. Ses observations, scrupuleusement présentées et scientifiquement interprétées, nous démontrent en effet que l'illusion des amputés avec les fausses localisations qu'elle entraîne, disparaît pendant tout le temps où l'on provoque une sensation semblable à la sensation illusoire, en excitant, soit à sa périphérie même, soit sur son parcours, en un point symétrique à celui qu'occupe l'extrémité du nerf sectionné dans la cicatrice du moignon, le même nerf dans l'autre membre subsistant.

J. B.

MÉDECINE

Traitement de l'infection malarienne par l'énésol et le Dioxydiamidoarsénobenzol d'Ehrlich (préparation 606) ; par le Dr Rodolphe Fleckseder (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 8 septembre 1910.)

L'auteur de cet article a pu observer avec la plus grande minutie un malade syphilitique mais présentant de violents accidents de paludisme. Il a observé que la réaction de Wassermann était fournie par le sang de ce malade et il a administré l'énésol qui est un salicylarsinate de mercure, en piqûres intra-musculaires, tous les deux jours, à la dose de 2 cc. soit 0 gr. 06 de sel.

Vingt injections de ce sel ont suffi à amener une amélioration considérable. « *La fièvre coloniale*, dit-il, *contre les récidives de laquelle la quinine est si souvent impuissante, peut guérir complètement par l'injection intra-musculaire répétée d'énésol ; les parasites et la réaction de Wassermann disparaissent sans laisser de trace.* »

Le malade se trouvant infecté au cours d'un séjour dans la la campagne italienne où le paludisme est endémique, et présentant de nouveaux accès fébriles, Fleckseder a tenté l'application du 606 d'Ehrlich. « *Le dioxydiamidoarsénobenzol d'Ehrlich*, écrit-il dans ses conclusions, *a produit dans ce cas, comme dans d'autres observés par nous, une douleur très marquée, persistant souvent assez longtemps, ainsi que l'infiltration. Le remède, employé en injections intra-musculaires, n'est résorbé que très lentement.* Dans une addition ultérieure il peut constater que « *l'effet étonnant du 606 d'Ehrlich, chez notre paludéen, n'indiquait pas une guérison durable.* » Il signale que cette médication arsenicale a pu modifier les accès et les espacer *sans parvenir toutefois à faire disparaître aussi complètement que l'énésol la réaction de Wassermann.*

Le malade traité et observé par R. Fleckseder a fourni des renseignements précis pendant une période fort longue. Des examens du sang, des urines et des humeurs, ont été régulièrement pratiqués, les courbes de température sont des plus édifiantes et il faut penser, avec cet auteur que, dans l'état actuel, un sel tel que l'énésol est en état de rendre des services considérables, tant comme arsenical que comme hydrargyrique.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du praticien. Technique des opérations courantes et chirurgie d'urgence ; par le Dr Marion, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des Hôpitaux. 1 vol. in-8, avec 476 fig. (A. Maloine, éditeur, Paris.

Le Docteur Marion vient de faire paraître *La Chirurgie du Praticien.* Autant qu'il nous semble, nous avons déjà vu sous un autre titre cet ouvrage et il nous souvient d'une *Technique des opérations courantes* qui pourrait bien être l'ancêtre de ce nouveau livre. En réalité, le succès de cette technique avait encouragé l'auteur à agrandir le cadre de son ouvrage, et la dernière édition avait été intitulée : *Manuel de Technique Chirurgicale*, dénomination répondant à son contenu qui, au lieu de comprendre seulement les opérations courantes, comprenait la technique de toutes les opérations. Mais à la demande de nombreux médecins qui n'ont pas l'intention de faire toute la chirurgie, M. Marion s'est décidé à publier une nouvelle édition de son premier livre sous le nom de *Chirurgie du Praticien*, tandis qu'à côté de ce livre, destiné à tous les médecins, se perfectionnera et se complétera un livre destiné aux chirurgiens : le *Manuel de Technique Chirurgicale*, dont une nouvelle édition, revue en collaboration du Dr Lecène, ne peut manquer de paraître sous peu.

Je n'insisterai pas sur les qualités trop connues de ce livre, de vulgarisation des opérations courantes et d'urgence. Presque tous les médecins l'ont eu entre les mains sous une forme ou sous une autre. On sait avec quelle clarté, quelle méthode est décrit chacun des temps opératoires ; correspondant à cette description, des figures dessinées par l'auteur viennent éclaircir le texte. Comme il le disait dans ses anciennes éditions, peut-être ces figures n'ont-elles pas tout le cachet artistique qu'aurait pu leur donner un dessinateur de profession, mais, en tout cas, elles représentent ce que l'auteur a voulu montrer, et l'auteur étant opérateur sait bien ce qu'il doit montrer.

En réalité, pour peu que le médecin connaisse un peu d'anatomie, et lorsque cela est nécessaire, l'auteur rappelle les notions anatomiques utiles, pour peu qu'il ne soit pas absolument maladroit de ses mains, en suivant pas à pas les préceptes donnés dans cet excellent livre, il pourra faire et bien faire un grand nombre de petites interventions, non seulement de nécessité, mais aussi d'opportunité.

A côté de la partie purement technique, il existe avant chaque description de l'opération un paragraphe traitant des indications, et, chose qui semble plus utile encore, le résumé de la conduite à tenir dans les jours qui suivent pour amener l'opéré à la guérison complète.

En un mot, c'est là un livre simple, clair, pratique, de la plus grande utilité pour tous ceux que les conditions d'exercice de la médecine obligent à tout faire.

Diagnostic et traitement des maladies du nez ; Par M. Garel (3e édit. Vigot, édit. 1910.)

La clarté du style, le caractère personnel de cet ouvrage, en rendent la lecture des plus attrayantes. Le savant professeur lyonnais n'a pas voulu écrire un traité didactique complet, mais il a su, outre les données générales sur la sémiologie et la thérapeutique générales, nous décrire minutieusement ses procédés favoris et nous faire bénéficier de sa longue expérience personnelle. Ce livre s'adresse bien à quiconque veut avoir une teinture générale succincte de la rhinologie, mais il doit aussi être lu par tous les spécialistes quels qu'ils soient.

H. Bourgeois.

TRAVAUX ORIGINAUX

Comment convient-il de poser, actuellement, les indications de l'opération césarienne conservatrice (1),

Par M. Cyrille JEANNIN,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Accoucheur des hôpitaux,
Assistant à la Maternité de Lariboisière.

Jadis, et nous parlons d'un passé encore tout proche, l'opération césarienne se présentait avec un tel caractère de gravité qu'on ne pouvait lui reconnaître que des indications exceptionnelles ; pour se résoudre à l'entreprendre, il fallait vraiment que le clinicien n'eût pas le choix entre toute autre intervention et cette dangereuse *ultima ratio*. Avec l'ère chirurgicale actuelle, la question a complètement changé de face : la césarienne nous est apparue comme assimilable à toute autre laparotomie, c'est-à-dire comme une opération où « l'on voit clair », partant d'exécution facile, et ne comportant que les risques, dont le pourcentage s'affaiblit de jour en jour, de mort par infection péritonéale. La césarienne connut, alors, un véritable âge d'or ; d'année en année, on la pratiquait sur une échelle plus vaste, au fur et à mesure que l'on voyait décroître le nombre des interventions obstétricales par voie basse, interventions souvent pénibles, parfois fort laborieuses, comportant de sérieux risques pour la mère, et compromettant surtout gravement la vie du fœtus.

A l'heure actuelle, il faut bien l'avouer, certaines restrictions doivent venir tempérer notre enthousiasme : tout d'abord, la mortalité post-opératoire, que l'on avait espéré voir tendre vers zéro, se maintient à un minimum qui ne semble guère susceptible de s'abaisser : ce minimum est représenté par un pourcentage de léthalité de 4 à 5 %. Si l'on songe que, sauf de rares exceptions, la césarienne n'a guère été pratiquée en dehors des hôpitaux, c'est-à-dire dans les meilleures conditions d'assistance et d'outillage, on est forcé de reconnaître que ce chiffre de 5 % doit peser lourdement dans la balance s'il s'agit d'introduire cette opération dans le domaine de celles que tout praticien doit, le cas échéant, pouvoir pratiquer.

Il y a plus : toute femme qui est sortie impunément des suites opératoires n'est pas, par cela même, à l'abri de tout accident ultérieur. Qu'elle redevienne enceinte, et elle courra, soit pendant la grossesse, soit surtout lors du travail, des risques, rares, je le veux bien, mais indiscutables, de rupture utérine. La possibilité d'un accident aussi grave a refroidi l'enthousiasme des plus optimistes. Et encore, *de minimis non curat....*, près de ces cataclysmes nous n'avons pas cité la séquelle des complications post-opératoires, risques d'éventration, adhérences douloureuses, difficultés d'une intervention itérative, tous accidents qui, pour n'être pas mortels, n'en assombrissent pas moins le pronostic de la césarienne.

Si bien qu'à l'heure actuelle, la césarienne conservatrice, — la seule que nous ayons en vue dans cet article, — doit nous apparaître sous le jour suivant : c'est une opération facile et élégante, lorsqu'il s'agit d'une première intervention, très souvent longue et pénible, hérissée de difficultés (larges adhérences utéro-intestinales), quand on pratique une section itérative.

C'est une opération qui exige la plus rigoureuse asepsie, puisque, en dépit des précautions prises, elle comporte encore une mortalité de 4 à 5 %, due presque exclusivement à l'infection péritonéale.

C'est une opération qui, même exécutée dans des conditions en apparence parfaites, laisse après elle une cicatrice utérine dont on ne pourra jamais affirmer la solidité suffisante pour que la femme puisse affronter, sans danger de rupture, une grossesse ultérieure.

Donc, et c'est à cette conclusion que tendait ce préambule, ne pratiquons la césarienne *que lorsqu'elle sera formellement indiquée*, ce qui, en clinique, se trouve réalisé dans deux conditions : 1° quand toute autre intervention est impossible, c'est le cas *de force majeure*, d'ailleurs exceptionnel ; 2° quand, de l'examen méthodique de tous les éléments du problème, il appert manifestement que cette opération est moins dangereuse que toute autre pour la mère, que, surtout, elle permet seule de sauver l'enfant. Ceci dit, passons du général au particulier, et efforçons-nous de préciser, à propos de chaque cas de dystocie, les indications que reconnaît la césarienne conservatrice. Nous envisagerons successivement, en allant, des indications les plus fréquentes aux plus rares : 1° la dystocie relevant du bassin osseux ; 2° la dystocie des parties molles ; 3° les maladies et accidents de la grossesse ; 4° l'accouchement chez une femme agonisante ou morte.

Il est bien entendu que nous parlerons uniquement de *la césarienne conservatrice, celle où l'utérus, une fois vidé, est suturé et laissé en place*, nous réservant de traiter ultérieurement de la césarienne mutilatrice, c'est-à-dire de celle où l'hystérotomie est immédiatement suivie d'hystérectomie.

***

I. — Indications de la césarienne conservatrice dans les bassins rétrécis. — Parmi les multiples variétés de bassins rétrécis, il faut, et pour des raisons essentiellement différentes, en mettre d'emblée plusieurs classes à part :

a) *Le bassin ostéomalacique*, tout d'abord, parce que l'ablation de l'appareil ovarien constituant le traitement de choix en pareil cas, la césarienne doit toujours être mutilatrice ;

b) *Les bassins qui ne sont que faiblement viciés*, tels que : le bassin scoliotique pur, le bassin par luxation coxo-fémorale. Ici, la césarienne ne se trouve jamais indiquée ;

c) *Les bassins absolument exceptionnels*, bassin oblique ovalaire de Nægelé, bassin double oblique ovalaire de Robert, bassins atypiques, viciés par fractures ou tumeurs : dans tous ces cas, la discussion n'est pas de mise, seule, la césarienne est logique. On y recourra donc toutes les fois que les conditions d'asepsie et d'assistance le permettront.

Reste donc, en dernière analyse, à envisager trois variétés de bassin, de beaucoup les trois plus fréquentes en clinique : le bassin rachitique, le bassin cyphotique et le bassin coxalgique.

A) **Bassins rachitiques**. — Voici, très indiscutablement, l'indication la plus fréquente de la césarienne conservatrice, il importe donc d'en fixer, minutieusement, tous les points. Partons, tout d'abord, de cette donnée : *l'accouchement par les voies naturelles, doit être, sauf exceptions rares, considéré comme impossible toutes les fois que le diamètre minimum du bassin (diam. promonto-pubien min., ou diam. utile) est inférieur à 8 cm. quand le bassin est simplement aplati, à 9 cm. quand le bassin est généralement rétréci*, l'enfant étant supposé à terme, ou près du terme, et de volume moyen. D'où, une première division, suivant

(1) Cet article fait suite à celui que nous avons publié, dans le n° du 3 juillet 1909 du *Progrès Médical*, sous ce titre : « Comment doit-on faire une opération césarienne ? ».

que la pelvimétrie interne aura montré que l'on se trouve en présence d'un bassin dont le diamètre utile est au-dessous ou au-dessus de ce chiffre.

a) *Le diamètre promoto-pubien minimum est égal ou inférieur à 8 cm. (bassin plat), à 9 cm. (bassin généralement rétréci).* — Supposons que l'on visite la femme pendant sa grossesse ; on la préviendra de l'impossibilité où elle se trouve d'accoucher naturellement. Si elle se refuse à toute intervention sanglante, il faudra, coûte que coûte, se résoudre à pratiquer un accouchement prématuré, sans escompter la survie de l'enfant ; si elle accepte l'opération, nous la laisserons aller à terme, pour opérer, *soit tout à fait à la fin de la grossesse*, c'est-à-dire 3 ou 4 jours après l'époque correspondant aux dernières règles, *soit dès le début du travail*. L'intervention à la fin de la grossesse présente l'indiscutable avantage de permettre à l'accoucheur de se placer dans les conditions habituelles, et éminemment favorables, de la chirurgie non urgente, nous dirions volontiers, de la chirurgie à « tête reposée ». On choisit son jour et son heure ; on a pu faire entrer la femme dans une clinique ou à l'hôpital ; tout peut être bien prévu, bien ordonné. A cela il y a cependant un ennui, c'est qu'on ignore toujours si une femme est réellement à terme : en attendant trop, on risque de la voir entrer en travail ; en opérant trop tôt, on risque de mettre au monde un enfant un peu chétif, un peu prématuré. En pratique, en recourant, à plusieurs reprises, à un palper soigneux, on arrivera à se rendre assez bien compte du volume du fœtus, et à fixer la date où il faut intervenir.

En opérant durant le travail, on ne risque plus d'interrompre la grossesse prématurément ; par contre, on n'est plus maître ni du jour, ni de l'heure ; l'assistance peut être plus difficile à réunir ; les conditions aseptiques sont moins parfaites, la femme risquant de perdre les eaux dès l'apparition des premières douleurs.

Concluons donc, sur ce premier point : il vaut mieux se placer dans les conditions chirurgicales habituelles, et intervenir, à date fixée, à la fin de la grossesse.

Supposons, maintenant, que l'on n'ait pas pu prendre de décision par avance, que l'on arrive près de la parturiente alors qu'elle est en travail. Trois cas peuvent être envisagés :

Premier cas : La femme est dans des conditions non douteuses d'asepsie ; la poche des eaux est intacte ; aucune autre manœuvre n'a été pratiquée ; le pouls est normal, ainsi que la température, il n'y a pas d'épuisement par suite d'un trop long travail. Il n'y a alors pas à hésiter : *la femme fût-elle à la dilatation complète, il faut pratiquer la césarienne.*

Second cas : les conditions sont moins parfaites ; la poche des eaux est rompue, la parturiente un peu fatiguée ; mais il n'y a pas d'infection : la température est à 37° et le pouls à peine accéléré. Si l'enfant est bien développé, s'il n'a pas du tout souffert, nous pratiquerons encore la césarienne, mais en veillant, plus que jamais, à ce qu'il ne s'épanche pas de liquide amniotique dans le péritoine (v. technique de la césarienne).

Troisième cas : les conditions sont nettement défavorables ; non seulement la poche des eaux est rompue depuis plusieurs heures, mais on a pratiqué antérieurement des touchers, peut-être même des manœuvres suspectes ; il y a de l'infection évidente (temp. à 38°, 38,5, pouls battant entre 90 et 100). Alors, *la césarienne conservatrice doit être formellement rejetée.* Toutes les fois que l'accouchement reste possible par voie basse, on tente l'opération qui semble la moins dangereuse (forceps, version), mais sans compter, sauf exception bien rare, que l'on aura l'enfant vivant. Si le bassin est tellement rétréci qu'on n'en puisse extraire le fœtus intact par les voies naturelles, même en s'aidant de la pubiotomie (v. plus bas), on recourra à l'embryotomie si l'enfant est mort ou en état de très manifeste souffrance, à la césarienne mutilatrice dans le cas contraire.

b) *Le diamètre promonto-pubien minimum est supérieur à 8 cm. (bassin plat) à 9 cm. (bassin généralement rétréci).* La césarienne ne reconnaît plus ici que *des indications relatives*, car l'accouchement devient possible par les voies naturelles ; ce qu'il faut nous demander désormais, c'est si cette opération, parfaite pour l'enfant, sauvegarde mieux qu'une autre les intérêts de la mère.

Pendant la grossesse, on aura, surtout si le diamètre utile est supérieur à 9 cm. ou 9 cm. 5, la ressource de l'accouchement prématuré artificiel. Cependant, si le fœtus est très volumineux, si le bassin est généralement rétréci, si surtout, le diamètre utile oscille autour de 9 cm. ou au-dessous, il vaut encore mieux recourir à la césarienne, pratiquée au temps d'élection, c'est-à-dire avant le travail.

Si la femme est en travail, les mêmes considérations nous feront incliner vers la césarienne pratiquée dès les premières douleurs, pour un bassin de 8 à 9,5 cm. avec fœtus bien développé.

Pour un bassin de plus de 9 cm. à 9 cm. 5, laissons la femme courir la chance d'accoucher spontanément, c'est-à-dire attendons que la dilatation soit complète. Ceci étant, les conditions d'asepsie et d'assistance permettant de chosir ce que l'on croit être le mieux, pratiquons très soigneusement le palper mensurateur : l'accouchement par voie basse semble-t-il possible, abandonnons la césarienne pour recourir, suivant les cas, à la version ou au forceps.

Cet accouchement semble-t-il impossible ? recourons à la césarienne ou à la pubiotomie, cette dernière opération étant surtout de mise lorsqu'il y a quelques doutes sur la parfaite asepsie de l'utérus (membranes rompues, touchers répétés, pouls un peu fréquent, légère élévation thermique), et lorsqu'il s'agit d'un bassin plat.

La femme est-elle manifestement infectée ? Abandonnons carrément la voie haute, et extrayons l'enfant par voie basse, à l'aide du forceps, de la version, ou de l'embryotomie suivant les cas.

B) **Bassins cyphotiques.**—Souvenons-nous, tout d'abord, que le bassin ne se trouve réellement vicié que dans le cas de cyphose *basse*, lombo-sacrée. Toute cyphose élevée, dorsale, touche peu ou point le pelvis, et par là même ne présente aucun intérêt au point de vue des indications de la césarienne.

Il n'en est pas de même des cyphoses basses, lombo-sacrées. Ici, le bassin peut être très fortement rétréci, le diamètre bi-ischiatique pouvant être réduit à 3 ou 4 cm. ! Ce qui, en pratique, rend l'indication opératoire assez difficile à poser, c'est l'*imprécision du diagnostic* : ici, en effet, plus de palper mensurateur, car le détroit supérieur étant agrandi, la tête est profondément engagée dans le bassin ; plus de pelvimétrie interne, les diamètres du détroit inférieur ne se laissant pas mesurer comme ceux du détroit supérieur. Tout devient donc une question d'*impression* clinique. Or, à cet égard, nous pouvons envisager trois hypothèses :

a) *Il est évident que l'accouchement est possible* : le détroit inférieur est peu rétréci, le fœtus pas très volumineux ; il n'y a qu'à faire pousser la femme et à terminer par une application de forceps, s'il est nécessaire.

b) *Il est manifeste que l'accouchement est impossible* : c'est à peine si 2 à 3 doigts peuvent être insinués à frottement entre les 2 ischions ! Ici encore, pas de discussion : recourons carrément à la césarienne, et pratiquons la de préférence à la fin de la grossesse ou dès le début du travail.

c) *Il est difficile d'affirmer quoi que ce soit* : sans doute, le détroit inférieur paraît bien étroit, mais la tête fœtale est si modelable ! le jeu des articulations pelviennes est, dans ce bassin, si prononcé ! En opérant dès le début du travail, n'allons-nous pas pratiquer une intervention inutile ? Le bon sens clinique nous conseille donc d'attendre ; laissons la dilatation se compléter; faisons pousser la femme, et voyons ce qui se passe :

Ou bien, la tête, grâce à certaines manœuvres de la nature, semble pouvoir franchir l'obstacle, et tout est bien ; ou bien, il devient manifeste que la tête ne passera pas. Alors, de deux choses l'une : la femme est-elle en parfait état, ni infectée, ni même trop fatiguée ? pratiquons, sans hésiter, la césarienne. Ces conditions parfaites n'existent-elles pas ? recourons à la pubiotomie qui, moins immédiatement dangereuse qu'une laparatomie, trouve d'ailleurs dans cette variété de bassin son indication la meilleure.

C) **Bassins coxalgiques.**— Les bassins coxalgiques offrent un polymorphisme déconcertant pour qui veut établir, d'une façon simple, la ligne de conduite à tenir en pareil cas : non seulement la forme en est variable à l'infini, mais le degré de rétrécissement oscille, également, entre des limites très étendues. D'une façon toute générale, on peut dire que la plupart des coxalgiques accouchent bien ; il est cependant des exceptions à cette règle, et c'est alors que se pose la question de savoir si la césarienne est, en pareil cas, la meilleure opération que l'on puisse faire.

Envisageons tout d'abord la femme enceinte parvenue au voisinage du terme de sa grossesse. Les éléments qui nous feront craindre l'impossibilité de l'accouchement par voie basse sont :

Le degré prononcé du rétrécissement du diamètre promonto-pubien ;

L'aplatissement très marqué de l'un des côtés, et c'est habituellement le côté répondant à la lésion, la coxalgie n'ayant guéri qu'à la période d'adduction ;

L'atrophie évidente de toute l'étoffe osseuse du bassin ;

Le *manque de place* que l'excavation offre à la main qui l'explore ;

La saillie très marquée de la tête au-dessus de l'arc pubien.

Ces éléments se trouvant réunis, on a les plus grandes chances de ne pas se tromper en considérant l'accouchement comme impossible. Pratiquons donc la césarienne d'*emblée*, soit à la fin de la grossesse, soit dès l'apparitiod des premières douleurs.

Si cette conviction que l'accouchement ne sera pas possible ne s'établit pas avec évidence en notre esprit, laissons la femme entrer en travail. Une fois la dilatation complète, engageons-là à pousser : la tête va peut-être s'engager, ou du moins, va-t-elle se fixer suffisamment pour permettre une application de forceps au détroit supérieur. S'il en est autrement, si la présentation n'offre aucune tendance à l'engagement, rejetons la pubiotomie, trop peu sûre dans ces bassins, et recourons à la césarienne, à condition toutefois que les conditions d'asepsie permettent d'entreprendre cette laparotomie ; ces conditions faisant défaut, on abandonnerait cette opération, pour tenter l'aléa d'une version podalique.

***

II. — Indications de la césarienne conservatrice dans la dystocie des parties molles.— Le terme « dystocie des parties molles » constitue, à coup sûr, un titre bien imprécis, et de fait, les accidents les plus variés, les plus différents, rentrent dans ce groupe. Il faudrait, tout d'abord, distinguer la dystocie d'origine fœtale de la dystocie d'origine maternelle ; mais nous pouvons éliminer la première en quelques mots : *à l'heure actuelle*, en effet, elle ne fournit guère d'indications à l'opération césarienne. Sans doute, cette intervention a été pratiquée avec succès dans certains cas de présentation du front, sans doute on a pu y recourir, également avec succès, en présence d'une procidence du cordon. Mais, nous le répétons, ce sont là des faits exceptionnels. Le resteront-ils toujours ? Nous aurions tendance à le croire : dans la présentation du front, par exemple, au moment où se posera l'indication de la laparotomie, l'asepsie de la cavité utérine, rendue bien douteuse du fait des manœuvres déjà tentées, ne légitime guère une césarienne *conservatrice*, indiquant bien plutôt l'hystérectomie. Quant à la procidence du cordon, nous savons que l'enfant est si sévèrement compromis qu'il nous faudrait un ensemble de circonstances bien exceptionnellement favorables pour que nous ayons recours à la voie haute.

Occupons-nous donc uniquement de la dystocie d'origine maternelle. Nous pouvons envisager tour à tour la dystocie tenant au corps de l'utérus, au vagin, au col, où à une tumeur de l'excavation.

A) **Dystocie tenant au corps de l'utérus.** — Un seul fait devrait être ici étudié, nous voulons dire la *rétraction utérine*. Quand l'utérus vide d'eau se tétanise, il faut redouter la rupture du segment inférieur ; il faut alors intervenir au plus vite. Or, bien souvent, l'accouchement par les voies naturelles est, dans ces conditions, ou impossible, ou éminemment dangereux. Si le fœtus est bien vivant, il faut de toute nécessité l'extraire par voie haute : mais les conditions requises plus haut pour entreprendre une césarienne conservatrice, sans aller à un désastre, n'existent plus : cette opération est donc *contre indiquée*, et c'est à la césarienne mutilatrice qu'il faut alors s'adresser.

B) **Dystocie tenant au col.** — Là encore, nous ne trouvons *que des contre-indications* à la césarienne conservatrice. Que rencontrons-nous, en effet, en clinique ?

Soit un simple rétrécissement cervical par rigidité spasmodique ou par rigidité cicatricielle, et nous avons d'excellents moyens d'en triompher, dans les incisions simples du col ou dans la césarienne vaginale de Dührssen, d'autant plus que le travail durant depuis longtemps, des manœuvres de dilatation ayant presque toujours été tentées, les conditions ne sont guère favorables à l'entreprise d'une laparotomie.

Soit un cancer du col, et il ne saurait être question de se contenter d'une césarienne conservatrice.

C) **Dystocie tenant au vagin.** — C'est là un cas rare, et à moins qu'il ne s'agisse d'un diaphragme facile à lever, de brides aisées à détruire, dans quel cas il n'y a pas à songer à la voie haute, on se trouvera en présence d'une atrésie, d'origine congénitale ou cicatricielle, telle qu'il y aurait danger, ne fût-ce qu'en ce qui concerne la possibilité de l'écoulement lochial, à laisser l'utérus en place. Par conséquent, abandonnons en pareil cas la césarienne conservatrice au profit de la césarienne mutilatrice.

Nous le voyons donc, dans tous ces cas de dystocie, que l'obstacle siège au niveau du corps utérin, du col, ou du vagin, nous ne trouvons pas d'indication à la césarienne conservatrice.

✦

D) **Dystocie par tumeur pelvienne.** — Les raretés mises à part, nous pouvons être en présence d'un fibrome incarcéré, d'un kyste de l'ovaire descendu au-devant de la présentation ou d'une tumeur des parois pelviennes.

a) *Un fibrone incarcéré*, s'il ne peut être refoulé au-dessus du détroit supérieur, commande la laparotomie : mais à moins que les conditions ne se prêtent nullement à l'exécution d'une opération chirurgicale quelque peu longue, dans quel cas il faudrait bien se contenter de la césarienne conservatrice, quitte à pratiquer ultérieurement une intervention plus complète, c'est la césarienne mutilatrices qui est, ici, formellement indiquée.

b) *Un kyste de l'ovaire* qu'on ne réussit pas à refouler au-dessus du détroit supérieur commande, par contre, nettement la césarienne conservatrice, complétée, cela va de soi, par l'ablation de la tumeur ovarienne. A moins de conditions particulièrement défavorables, ces deux interventions doivent être faites en une même séance.

c) *Une tumeur pelvienne*, kyste hydatique, ostéo-sarcome, etc., fournit également une indication précise à la césarienne conservatrice, complétée, cela va sans dire, de l'ablation de la tumeur toutes les fois que la chose sera possible.

III. — Indications de la césarienne conservatrice dans les maladies et accidents de la grossesse. — Il peut se produire au cours de la gestation ou durant le travail certains accidents, certaines complications, capables de mettre en danger immédiat la vie de la mère ou celle du fœtus, accidents ou complications qui commandent l'évacuation extemporanée de l'utérus, dans le minimum de temps possible. En pareille occurence, la césarienne nous apparaît-elle une méthode d'élection ? Nous pouvons répondre, tout de suite, *par la négative*. Loin d'être la méthode de choix, la césarienne devient ici l'opération d'exception, très habituellement rejetée en raison des dangers inhérents à toute laparotomie entreprise chez une femme en mauvais état général, chez une femme, par conséquent, qui ressentira plus que toute autre le shock opératoire, et qui sera particulièrement désarmée contre la moindre infection : c'est dire que la césarienne abdominale ne sera, en pareil cas, employée que s'il est absolument impossible de terminer l'accouchement par voie basse. Appliquons ce raisonnement aux trois principaux accidents que nous rencontrerons en clinique : l'éclampsie, les accidents gravido-cardiaques, et le décollement du placenta normalement inséré.

A) **Dans l'éclampsie**, sans doute, il y a, du moins le croyons-nous, grand avantage à évacuer immédiatement l'utérus ; mais combien la laparotomie est peu tentante chez une femme en pareil état ! surtout qu'assez souvent on n'extraira qu'un enfant débile, malade même, dont les chances de survie sont souvent bien minimes. Si l'on tient compte, d'autre part, que, sous l'influence des attaques éclamptiques, la femme entre habituellement en travail, que ce travail se produit avant terme, et que, par là même, le fœtus n'est pas de gros volume, on se décidera nettement en faveur de l'extraction par voie basse, soit par dilatation artificielle du col, soit grâce à la césarienne vaginale de Dührssen.

B) **Au cours d'accidents gravido-cardiaques**, l'indication d'évacuer immédiatement l'utérus naît plus formelle que jamais, mais là encore, la laparotomie ne nous paraît-elle pas comme infiniment dangereuse, étant donné le terrain sur lequel il faut opérer ? Si l'on songe à l'impossibilité de placer une femme asystolique, non seulement en position de Trendelenburg, mais même en décubitus horizontal, à la quasi-impossibilité de pratiquer une anesthésie générale suffisante, à la gravité extrême du shock en pareil cas, on abandonnera nettement la voie abdominale, pour recourir aux opérations par voie basse ; soit, ici encore, la césarienne vaginale de Dührssen, qui y trouve une de ses meilleures indications, soit, plus simplement, la dilatation rapide du col, dilatation que l'état asphyxique de la malade rend habituellement facile.

En résumé, si l'on excepte des cas exceptionnels que l'on doit oublier dans la pratique courante, on peut dire que ni l'éclampsie, ni les accidents gravido-cardiaques ne fournissent d'indication à la césarienne abdominale.

C) **Le décollement du placenta normalement inséré**, pour peu qu'il soit assez vaste pour donner naissance à une hémorragie rétro-placentaire appréciable, commande l'évacuation immédiate de l'utérus ; pour l'enfant, c'est la seule chance de survie, si tant est qu'il n'est déjà pas trop tard ; pour la mère, il faut se dire que l'on est en présence d'une hémorragie interne, et qu'il est urgent d'en assurer l'hémostase ; or, celle-ci se réalisera d'elle-même par la rétraction du muscle utérin, une fois la cavité utérine évacuée. Mais quelle voie suivre, la voie haute ou la voie basse ? Cela dépend :

A) S'il n'y a aucun doute sur le diagnostic, si le fœtus n'est pas trop volumineux, si le col est facilement dilatable (multiparité, début de travail, souplesse des tissus cervicaux), le plus simple est de recourir à la voie basse, c'est-à-dire à la dilatation artificielle du col, ou, au besoin, à la césarienne vaginale de Dührssen.

B) Si l'on n'est pas absolument certain du diagnostic (impossibilité du palper par météorisme douloureux de l'abdomen, ignorance de l'anamnèse, âge peu avancé de la grossesse), ou si l'enfant est très volumineux, s'il n'y a aucun début de travail, si le col est complètement fermé et ne semble pas dilatable extemporanément (primiparité, aucun effacement, défaut de souplesse des tissus), il n'y a pas à hésiter, il faut, en dépit de l'état général, que l'on remontera comme on doit le faire en cas d'inondation péritonéale par exemple, pratiquer la laparotomie, puis, s'il s'agit bien d'une hémorragie rétro-placentaire, la césarienne. L'utérus étant vide de l'œuf et du sang épanché, on en tamponnera très soigneusement la cavité avant de passer aux sutures. Cette césarienne conservatrice ne cèderait le pas à l'hystérectomie que si le muscle utérin, complètement inerte, semblait ne point devoir se rétracter, hypothèse d'ailleurs exceptionnelle.

***

IV. — Indications de la césarienne chez la femme agonisante ou morte. — Une condition commune, d'ailleurs capitale, réunit ces deux espèces cliniques : c'est que, désormais, nous n'avons plus à nous occuper que de la vie du fœtus, ce qui simplifie singulièrement la question. Ceci dit, il convient d'envisager à part le cas où la question se pose durant l'agonie ou *post mortem*.

A) **Chez la femme agonisante.** — Quand une femme arrive à cette phase ultime de la maladie qui doit l'emporter, qu'il s'agisse de tuberculose, de méningite ou de toute autre infection, il est bien rare que la grossesse n'ait pas déjà pris fin, soit par expulsion prématurée de l'œuf, soit par mort du fœtus *in utero*. Ce n'est donc qu'à titre exceptionnel que la question de la survie de l'enfant pourrait se poser. Sans doute, théoriquement, la césarienne serait ici l'opération la plus logique, mais il est bien certain *qu'en pratique*, des raisons de simple convenance ne permettront à aucun médecin de la proposer : si l'on peut

tenter encore quelque chose pour l'enfant, ce sera uniquement en recourant à la voie basse.

B) **Après la mort** de la femme enceinte, dans les cas très rares où le fœtus est encore vivant, la césarienne serait la seule opération logique, si l'on était toujours certain que le décès est bien réel, en d'autres termes qu'il ne s'agit pas d'un cas de mort apparente. D'où, la distinction de ces faits en deux groupes :

a) *La mort est certaine*, c'est, par exemple, le cas d'une mort par traumatisme, consécutif à un suicide où à un accident : la césarienne sera immédiatement pratiquée ; elle se bornera aux seules incisions, une pure question de convenance incitant cependant le médecin à refermer rapidement l'abdomen par quelques points de suture.

b) *La mort pourrait n'être qu'apparente* : l'éclampsie en a fourni maintes fois de curieux exemples, et dans les vieux auteurs, on retrouve nombre d'observations où la patiente ressuscite au cours d'une césarienne prétendue *post mortem*, pour succomber ensuite, du moins dans la grande majorité des cas, aux suites de cette opération hâtive ! Dans de telles conditions, l'opportunité de la césarienne mérite d'être discutée, et nous dirons :

S'il est possible d'extraire l'enfant par voie basse, — col en voie de dilatation, tissus souples, et c'est en général le cas *post mortem*, enfant de faible volume, — il n'y a pas à hésiter : il faut recourir à l'*accouchement forcé* par dilatation rapide du col, aidée au besoin par les incisions cervicales. Remarquons qu'il sera, en pratique, beaucoup plus aisé d'employer cette voie basse que la voie haute : l'entourage familial acceptera toujours cette tentative d'accouchement, alors qu'il s'élèverait contre une laparotomie ne lui semblant plus qu'une inutile manœuvre.

S'il est impossible, du fait de la longueur, de la fermeture et du défaut de souplesse du col, de tenter cet accouchement par voie basse, ou du moins de le mener à bien assez rapidement, car les minutes sont comptées, il faut de toute nécessité recourir à la césarienne; mais la crainte d'être en présence d'un cas de mort apparente nous engage alors à pratiquer cette intervention, *comme si la femme était vivante*, l'anesthésie exceptée. En une minute, la peau est désinfectée à la teinture d'iode ; une fois l'œuf extrait, on suture soigneusement l'utérus, ainsi que la paroi abdominale. Si, en agissant ainsi, le médecin n'a pas été assez heureux pour sauver l'enfant, il aura du moins fait un très utile exercice opératoire, qui ne laissera pas que de lui servir grandement lorsque, par la suite, le hasard lui offrira l'occasion de césarianniser une femme vivante.

***

Conclusion d'ensemble. — Résumons en quelques mots l'esprit de cet article.

La césarienne conservatrice est une intervention facile, *mais sérieuse*, en raison des risques de l'infection péritonéale, entraînant encore une mortalité de 4 à 5 %, et des dangers inhérents à la cicatrice utérine, lors d'un accouchement ultérieur.

Elle doit toujours être faite dans les conditions de milieu, d'assistance, d'asepsie, requises pour toute laparotomie en général.

Elle s'adressera surtout aux viciations pelviennes, cédant le pas aux opérations par voie basse dans les accidents de la grossesse, à la césarienne mutilatrice dans la dystocie des parties molles.

Le signe des spinaux dans la pleurésie ;

Par M. Félix RAMOND
Médecin des hôpitaux de Paris

A la séance du 10 juin 1910 de la Société médicale des hôpitaux, j'attirai l'attention sur l'existence d'un signe nouveau des épanchements liquides pleuraux, le *signe des spinaux*. Depuis, plusieurs observateurs ont bien voulu contrôler et vérifier mes affirmations ; de mon côté j'ai pu réunir de nouvelles observations à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine ; et c'est le résultat de toutes ces recherches que je désire résumer ici en quelques mots

Si l'on examine le dos d'un individu normal, dans la station debout, on aperçoit facilement dans la gouttière costo-vertébrale, et surtout plus bas, dans la région lombaire, la saillie que font les deux muscles spinaux superficiels, l'iléo-costal en dehors, et le long dorsal en dedans. A la palpation de la région lombaire, on sent nettement cette masse musculaire en tension permanente, en vue de la conservation de l'équilibre. Cette tension est due d'abord au long dorsal, et accessoirement à l'iléo-costal ; de sorte que, sous la main, la masse varie d'épaisseur et de largeur suivant que l'un des muscles ou les deux entrent en action ; dans la station verticale, même dans une attitude légèrement penchée ou redressée, ce que l'on sent sous la main correspond en grande partie aux fibres du long dorsal.

Chez le pleurétique au contraire, les deux muscles sont en contraction permanente réflexe du côté malade ; et il en résulte plusieurs phénomènes, qui, à eux tous, constituent le signe des spinaux.

A première inspection, en effet, la masse musculaire, dans la région lombaire, apparaît plus saillante et plus élargie du côté pleurétique. A la palpation superficielle, et surtout à la palpation profonde, les muscles donnent une sensation de dureté et de rénitence, que l'on peut comparer à celle d'une corde de caoutchouc légèrement tendue, et bien différente de la sensation plus molle que fournit la masse musculaire du côté sain.

Si, à l'aide d'un marteau percuteur, on frappe les attaches supérieures du faisceau moyen du long dorsal, à la hauteur des 6e et 7e vertèbres dorsales, à deux ou trois travers de doigt de la ligne médiane, la sensation que fournit la palpation de la masse musculaire de la région lombaire est encore plus caractéristique : les muscles vibrent sous le doigt, ou même se contractent d'une façon très nette. Parfois cette contraction réflexe est assez forte pour être visible à l'œil nu. Mais il faut se rappeler que cette onde musculaire, apparente à l'inspection la plus superficielle, n'a pas le même caractère spécifique que les autres données déjà énumérées ; car elle peut exister, en dehors d'un épanchement pleural, chez tout malade dont la réflectivité musculaire est exagérée, notamment chez les cachectiques, les alcooliques ou les neurasthéniques. Ce symptôme, constaté à l'état isolé, n'offre donc qu'une importance relative ; tandis que l'existence de la tension permanente présente un caractère spécifique indéniable.

Donc le signe des spinaux, dans son ensemble, est constitué par la réunion de plusieurs phénomènes que révèlent l'inspection, la palpation et la percussion. Ils peuvent être à leur complet, ce qui est très fréquent, ou bien isolés. Dans ce cas, celui qui est constant, c'est l'élargissement objectif de la masse musculaire. Lorsque les autres semblent manquer, ou n'apparaissent pas très

nettement, il est bon de recourir à la manœuvre suivante, qui les met aussitôt en évidence : on ordonne au malade de se pencher légèrement alternativement à droite et à gauche. Normalement, les muscles spinaux du côté fléchi se relâchent complètement, et perdent toute leur consistance élastique habituelle ; ceux du côté opposé sont au contraire plus durs et plus tendus. Or s'il s'agit de pleurésie, droite par exemple, on constate que les muscles spinaux, dans la flexion droite, ne perdent pas complètement leur tonicité. Dans la flexion gauche, par contre, leur dureté s'accroît dans de grandes proportions, surtout si l'on frappe leurs attaches supérieures avec le marteau percuteur.

Telles sont les diverses façons de constater l'existence du signe des spinaux. Mais il arrive parfois que le signe est légèrement ébauché du côté sain. Le fait, quoique rare, nous avait tout d'abord surpris ; cependant une observation attentive nous montra qu'il coexistait alors avec une forte matité correspondante du triangle dit de Grocco. On sait, en effet, que dans beaucoup de pleurésies, il existe en arrière, à la base de la plèvre saine, une aire de matité triangulaire, dont la signification n'est pas encore précisée. Or sur sept cas que nous avons observés, il nous est arrivé trois fois de trouver par la ponction une petite quantité de liquide dans le cul-de-sac inférieur de cette plèvre supposée normale. Nous n'avons pas la prétention d'expliquer de la même façon tous les cas où existe le signe de Grocco ; mais nous sommes en droit de conclure que lorsque le signe des spinaux existe à l'état d'ébauche du côté réputé sain, il est permis de suspecter l'existence d'un léger épanchement pleural concomitant.

La durée du signe des spinaux dépasse celle de la pleurésie de trois semaines à un mois. Le signe peut donc servir à établir un diagnostic rétrospectif d'épanchement. Mais dans quelques cas, nous avons pu l'observer plus tardivement : six mois, neuf mois et même trois ans dans un fait exceptionnel. Il semble que la persistance du signe soit d'un pronostic relativement fâcheux ; il indiquerait que le processus inflammatoire survit à l'épanchement et que la guérison de la pleurésie n'est qu'apparente.

Notre première statistique portait sur 100 pleurésies observées en l'espace de 2 ans 1|2, aux consultations de médecine de la Pitié et de Saint-Antoine ; depuis, nous en avons vu 23 autres, dont le pourcentage au point de vue du signe des spinaux, est absolument comparatif. Le signe s'observe constamment dans la pleurésie primitive, 94 fois sur 100 dans la pleurésie des tuberculeux pulmonaires avérés.

Nos documents sur les épanchements des cardiaques et des rénaux se sont accrus. Le signe existait dans les trois pleurésies brightiques que nous avons vues, mais manquait 3 fois sur 8 cas d'hydrothorax purement cardiaque.

Notre première statistique renfermait trois cas seulement de pleurésie suppurée, où le signe manquait deux fois ; depuis nous en avons observé quatre autres, dont trois présentaient le phénomène étudié L'une d'elles nous semble particulièrement intéressante : un jeune homme de 19 ans éprouve un point de côté, trois semaines après une contusion thoracique violente ; l'auscultation révélait l'existence d'un épanchement, et le signe des spinaux était positif ; la ponction exploratrice, que nous pratiquons systématiquement dans tous nos cas, nous permit de retirer un liquide très légèrement louche. Le malade rentra à l'hôpital ; son épanchement devint rapidement purulent, et le signe des spinaux, de positif, devint négatif dès qu'apparut l'œdème cutané concomitant de presque toutes les pleurésies nettement suppurées. Il semble donc que le signe des spinaux a une tendance à s'atténuer, voire même à disparaître, au fur et à mesure que s'accroît l'inflammation purulente de la plèvre.

Le symptôme est-il propre aux seuls épanchements pleuraux inflammatoires et ne se rencontre-t-il pas dans d'autres affections thoraciques? Les faits observés ne sont pas encore assez nombreux pour répondre d'une façon certaine ; cependant il est probable que le signe des spinaux est propre à la pleurésie, et acquiert de ce fait une certaine importance diagnostique. C'est ainsi qu'il manquait dans trois cas de pneumothorax pur, sans réaction de la séreuse, et dans trois autres cas de pneumonie sur cinq observés ; les deux pneumonies à signe positif s'accompagnaient très probablement d'une inflammation pleurale, qui est loin d'être rare en pareille circonstance.

Nous n'avons rencontré que deux cas de spléno-pneumonie dont la réalité a été vérifiée par plusieurs ponctions exploratrices. Or le signe des spinaux manquait ; si le fait se vérifiait à nouveau, on aurait là un moyen simple et commode de différencier la spléno-pneumonie de la pleurésie séro-fibrineuse.

Par ce rapide exposé, on voit l'importance assez considérable qu'acquiert le symptôme que nous avons décrit, surtout lorsque l'on considère que la plupart des signes de la pleurésie n'ont rien de constant et de définitif, à part l'un deux, la matité. Les autres peuvent manquer pendant toute l'évolution de l'épanchement, ou se transformer profondément. Ainsi la disparition des vibrations thoraciques, qui, après la matité, est peut-être le symptôme le plus important, peut n'avoir qu'une importance relative chez beaucoup de sujets, les femmes en particulier, dont la voix ne se transmet pas en vibrations. Inversement, les vibrations persistent souvent dans les hydrothorax si insidieux des cardiaques.

On peut mettre sur le même plan la diminution du murmure vésiculaire, dont l'importance est tout aussi considérable. Mais ce signe peut aussi ne pas se rencontrer au cours des hydrothorax ; il devient d'ailleurs banal dans beaucoup d'autres affections thoraciques, telles que l'emphysème prononcé, le pneumothorax, et beaucoup de congestions des bronchioles ou des alvéoles.

Quant aux divers souffles des pleurétiques, qui ne sait qu'ils disparaissent rapidement avec un épanchement considérable ou seulement enkysté par des fausses membranes anciennes ? On peut en dire autant de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Reste, il est vrai, la ponction exploratrice. Mais outre que c'est une manœuvre opératoire difficilement acceptée par beaucoup de malades, c'est aussi un signe qui peut manquer à son tour comme vient de le démontrer M. Mosny. Il suffit d'un épanchement ancien, sous pression, et limité par des parois épaisses et rigides.

Toutes ces considérations prouvent que l'on ne saurait trop s'entourer de moyens cliniques pour dépister l'existence d'une pleurésie. C'est pourquoi nous avons cru bon de décrire à nouveau le signe des spinaux, dont l'importance est secondaire si l'on veut, mais dont la constance et la spécificité méritent qu'on le recherche attentivement dans les cas douteux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Sur la Dépopulation.

Avant la Révolution, on se plaignait déjà en France de la dépopulation. Un de mes amis, le regretté docteur Romme, rappelait, il y a quelques mois, dans la *Presse médicale* (15 janvier 1910), un livre de l'abbé Jaubert, datant de 1767 et intitulé. *Des causes de la dépopulation et des moyens d'y remédier*. Ce n'était pas le seul auteur qui dénonçât le péril parmi les écrivains les plus célèbres. Montesquieu, dans ses *Lettres persanes*, imputait au droit d'aînesse la dépopulation de la France. Il est curieux de voir qu'à l'opposé, au XIXe siècle, le sociologue Le Play estimait que le partage des biens avait amené l'hyponatalité. Jean-Jacques Rousseau accusait dans l'*Emile* les femmes qui « non contentes de ne point allaiter leurs enfants, cessent d'en vouloir faire ; la conséquence est naturelle. Dès que l'état de mère est onéreux, on trouve bientôt moyen de s'en délivrer tout à fait ».

Ces plaintes étaient-elles justifiées ? Levasseur (1) nous répond qu'au XVIIIe siècle la natalité française était déjà faible ; mais il est difficile de la mesurer d'une façon précise. Si l'on prend les calculs du chevalier des Pommelles, de 1778 à 1787, le taux d'accroissement de la population ne différait guère de celui qui existait encore chez nous il y a vingt ans. Au contraire, d'après les chiffres donnés par Necker, durant la même période, le taux d'accroissement était presque double de celui actuel. On aurait eu 39 à 36,7 naissances et 33 à 30 décès pour 1.000 habitants. Il était sans doute très faible par comparaison avec celui des autres pays, mais considérable en soi.

Pourtant la France avait, en 1789, 26 millions d'habitants ; elle a supporté les saignées de la Révolution et de l'Empire, et elle a aujourd'hui 38 millions d'habitants. Il est vrai qu'il faut tenir compte des immigrés dont le nombre augmente à chaque recensement.

Si les écrivains du XVIIIe siècle ont dénoncé la faible natalité des Français, c'est qu'ils observaient surtout les familles aisées qui, dès cette époque, restreignaient le nombre de leurs enfants. Sous le règne de Louis XVI un statisticien, l'abbé Nonotte, déclarait : « On se contente d'un héritier. On voit un grand nombre des premières maisons de Paris qui ne s'appuient que sur la tête d'un seul enfant ».

Les aristocraties, à toutes époques, se sont éteintes rapidement, non, comme l'a affirmé Jacoby, parce qu'elles ont dégénéré mais parce qu'elles ont pratiqué « le moral restreint ». Elles se contentaient le plus souvent d'un fils et d'une fille. Or, M. Lagneau calculait qu'une famille qui n'avait que trois naissances par mariage diminuait lentement et finissait par s'éteindre en trois siècles environ. Pour que cette famille se maintînt, il lui fallait pour chaque mariage une moyenne de trois enfants plus une fraction.

(1) Levasseur. — La population de la France, 1889, t. I, p. 272.

Sans doute, avant la Révolution, il n'était point rare qu'un noble eût beaucoup d'enfants, mais l'œuvre de repopulation n'en était pas mieux servie : les cadets entraient dans les ordres ou, devenant militaires, restaient célibataires, parfois un seul se mariait ; aussi, malgré l'extrême fécondité de ces ménages, le célibat finissait par épuiser toutes ces familles.

En ce temps, les bourgeois et les nobles seuls avaient peu d'enfants. Depuis, la grande majorité des Français a gagné en aisance et est devenue malthusienne.

Dr Félix Regnault.

MÉDECINE PRATIQUE

La technique et les résultats de l'épreuve du nystagmus calorique dans les affections auriculaires, d'après les travaux récents.

Par Henri BOURGEOIS.

Ce journal fut le premier à faire connaître au lecteur français les belles recherches de Barany sur le nystagmus provoqué dans les affections auriculaires (1). Ces épreuves sont devenues aujourd'hui classiques pour l'examen fonctionnel de l'oreille interne ; parmi elles, il en est une dont la technique très simple ne nécessite aucune instrumentation spéciale et dont les résultats facilement appréciables doivent intéresser le médecin praticien : nous voulons parler de l'épreuve calorique.

Principe de l'épreuve. — Chez un sujet sain le passage d'un courant d'eau froide dans une oreille détermine du nystagmus au bout de quelques instants.

La modalité de ce nystagmus confirme l'explication théorique de Barany, qui est la suivante : le courant d'eau refroidit la paroi interne de la caisse et par elle la partie adjacente du vestibule ; il en résulte dans les canaux semi-circulaires verticaux un mouvement de l'endolymphe, les particules liquides à mesure de leur refroidissement tendent à descendre, obéissant à une loi de la physique élémentaire. Ce mouvement de l'endolymphe est la cause directe du nystagmus.

Ewald a prouvé qu'à un sens donné du courant endolymphatique correspond un nystagmus d'une direction déterminée. Or, et ceci va tout à fait donner raison à Barany, remplaçons l'eau froide par l'eau chaude, les mouvements du liquide labyrinthique auront lieu en sens inverse des précédents, en sens contraire aussi sera le nystagmus.

Une autre modification de l'expérience a permis à Barany de confirmer sa théorie. Quand on irrigue l'oreille d'un sujet qui se tient assis, la tête droite, les mouvements de descente ou d'ascension du liquide endolymphatique se passent uniquement dans les canaux semicirculaires verticaux, le canal horizontal reste en dehors de l'expérience ; le nystagmus observé correspond à l'excitation de ces canaux. Faisons incliner la tête sur l'épaule opposée, le canal dit horizontal est maintenant situé dans un plan vertical, son contenu endolymphatique obéit aux mouvements produits par la réfrigération, le nystagmus change, de rotatoire il devient horizontal.

(1) Lombard et Halphen. — Le nystagmus réflexe provoqué comme mode de diagnostic des états fonctionnels de l'appareil vestibulaire. (*Progrès médical*, 18 avril 1908). Lombard (*Progrès médical* 12 décembre 1908).

Manuel opératoire. — Comme instrumentation, un bock, une canule assez effilée, de l'eau à la température de 20 degrés Si on opère sur un tympan perforé, cette eau doit avoir été stérilisée et toute la manœuvre sera effectuée selon les règles d'une asepsie parfaite.

Le bock est placé à une hauteur de 0 m. 50; la canule introduite, on laisse couler l'eau et on guette l'apparition du nystagmus.

Il est indispensable de placer le patient dans certaines conditions favorables. En effet, l'action de porter le regard dans une direction autre que celle du nystagmus retarde ou empêche l'apparition de celui-ci, il faut que le sujet garde sa musculature oculaire dans un état d'équilibre indifférent, ou qu'il dirige son regard dans la direction du nystagmus attendu; cette dernière manière de faire est la plus favorable.

Pour examiner un sujet dans la position d'équilibre oculaire indifférent, on dit habituellement en vision directe, on place devant ses yeux des verres dépolis assez opaques pour l'empêcher de rien fixer, assez transparents pour percevoir au travers les mouvements de ses globes oculaires.

Si l'on veut diriger les yeux dans le sens du nystagmus, il suffit de faire fixer son propre index de manière à placer les globes oculaires en position latérale extrême; interroge-t-on l'oreille droite, c'est vers la gauche qu'on fera porter le regard.

Résultats de l'épreuve chez un sujet sain. — Le nystagmus apparaît en moyenne au bout de 35 secondes quand on le recherche en position latérale extrême du regard. Il est rotatoire et dirigé vers l'oreille non injectée.

Si on le recherche en position de vision directe, avec les lunettes dépolies, il retarde de 10 à 15 secondes.

Il est important de noter le temps que met le nystagmus à apparaître, on cesse l'injection et on note ensuite la durée du nystagmus.

Un nystagmus léger dure peu et ne se manifeste que dans la position latérale extrême; plus accentué, on l'observe également en position directe; tout à fait intense, il se manifeste quelle que soit la direction du globe oculaire, même si le regard est tourné vers l'oreille injectée.

En même temps le patient accuse du vertige, il se croit entraîné dans un mouvement de rotation vers le côté de l'oreille non injectée. Si on le fait se lever les yeux fermés, il tend à tomber du côté de l'oreille examinée.

Variations du nystagmus chez les sujets sains. — Il importe beaucoup de savoir si le nystagmus est toujours aussi précoce et aussi durable chez un sujet normal. Il n'en est rien. Chanoine, d'Avranches (1), à qui nous empruntons la plupart de ces détails a examiné 10 personnes d'âge moyen et saines quant aux oreilles : le temps nécessaire à l'apparition du nystagmus a varié entre 20" et 45", la durée entre 45 et 110". On ne peut donc pas fixer de chiffres moyens au-dessus ou au-dessous desquels le réflexe serait dit augmenté ou diminué.

Mais d'autre part ces chiffres se sont montrés identiques pour les deux oreilles chez un même individu; en cas de lésion unilatérale, nous pourrons donc apprécier les différences, tandis que pour les lésions bilatérales on peut seulement noter les réflexes très exagérés, très diminués ou abolis.

Variations selon les altérations de l'oreille externe et de l'oreille moyenne. Causes d'erreur. — Tout ce qui pourrait empêcher l'accès de l'eau sur la paroi interne de la caisse s'oppose à sa réfrigération et à la production du nystagmus; il est élémentaire de s'assurer qu'il n'y a ni exostose du conduit, ni cérumen, ni cholestéatome, ni polype volumineux.

Hautant (*in* Chanoine, d'Avranches) a observé fréquemment l'impossibilité de produire le réflexe au cours des otites aiguës, plus fréquemment encore au cours des mastoïdites; le pus, la congestion de la muqueuse sont les obstacles probables.

Variations pathologiques. — Nous venons de voir qu'on ne peut pas tenir compte d'un résultat négatif au cours des otites aiguës.

Dans les **suppurations chroniques de la caisse** la recherche du nystagmus calorique présente une grande importance en raison des lésions fréquentes de l'appareil vestibulaire et en particulier du canal horizontal.

L'épreuve sera faite dans la station droite et dans la position inclinée (v. plus haut) de manière à placer le canal horizontal dans un plan vertical. Halphen (1) a pu de la sorte diagnostiquer une lésion limitée à ce canal.

Quand l'épreuve est positive on peut affirmer l'intégrité de l'appareil vestibulaire. — Une hyperexcitabilité du labyrinthe se traduit par un réflexe précoce et durable; mais en cas de perforation tympanique un peu large, on se gardera bien de conclure, car la paroi interne de la caisse reçoit l'eau directement et la réfrigération devient beaucoup plus intense.

Quand l'épreuve est négative, il y a abolition fonctionnelle, nous ne disons pas destructive, des canaux semi-circulaires. — Hautant a en effet présenté un otorrhéique qui avait complètement perdu son réflexe et qui le récupéra après l'évidement pétro-mastoïdien.

Conclusion pratique : en présence d'une épreuve négative, évidez votre malade de manière à pouvoir explorer le canal horizontal, la paroi interne de la caisse : si vous trouvez une fistule conduisant sur le canal, une ostéite du labyrinthe, trépanez largement l'oreille interne, sinon abstenez-vous.

Dans les **labyrinthites non suppurées** consécutives à la méningite, à la syphilis, une épreuve négative confirme le caractère destructif de la lésion. Il sera intéressant de la rechercher aux diverses étapes de la maladie ou du traitement antisyphilitique.

Chez les **sourds-muets**, les résultats des épreuves vestibulaires sont parallèles à ceux que donne la recherche de l'acuité auditive (Cauzard); à limaçon aboli correspond un vestibule aboli, à limaçon défectueux correspond un vestibule défectueux.

On ne peut tirer aucune conclusion de la recherche du nystagmus calorique chez ces malades très nombreux atteints d'une **sclérose progressive de l'oreille moyenne et de l'oreille interne** et qui se plaignent de bourdonnements, de surdité, de vertiges. Les variations individuelles normales sont trop grandes; les épreuves vestibulaires ne comptent encore que pour les grosses altérations destructives de l'organe, les nuances leur échappent.

Au contraire, après les **traumatismes** graves de la tête, il n'est pas indifférent de savoir si le labyrinthe est ou non détruit; en présence d'un réflexe normal, on pourra affirmer l'intégrité vestibulaire; sa diminution très notable ou sa suppression démontreront l'existence d'une lésion.

Nous pensons avoir montré la grande simplicité et l'utilité de cette épreuve; elle n'est pas exclusive des autres épreuves rotatoire et galvanique qui servent à interroger

(1) Thèse Paris, 1909. Steinheil, édit.

(1) Thèse Paris, 1910. Steinheil, édit.

le labyrinthe ; elle présente le grand avantage d'être d'une exécution facile et de porter sur chaque oreille isolément. Il ne faut pas lui demander une précision trop grande pour les altérations relativement peu graves, elle nous indique seulement si le labyrinthe est intact ou s'il est gravement lésé. Cela offre un grand intérêt pour le traitement des otorrhées, car l'envahissement du labyrinthe constitue une menace extrêmement grave, sa terminaison fatale est la méningite ou l'abcès du cervelet.

Après les traumatismes, la constatation de l'état du labyrinthe importe également beaucoup. Le nystagmus est un phénomène tout à fait en dehors du champ de la volonté et qui ne peut pas se simuler. Lermoyez et Hautant se sont demandé jusqu'à quel point ces épreuves intéressaient le médecin légiste et si elles pouvaient aider à dépister la simulation de la surdité post-traumatique. Certes, l'expérience montre si oui ou non le vestibule est atteint, mais elle ne prouve rien quant à la surdité ; nombreux sont les cas où le traumatisme a réellement causé une surdité complète sans lésion apparente du vestibule et réciproquement ; l'appareil cochléaire auditif, l'appareil vestibulaire d'équilibration fournissent là une nouvelle preuve de leur individualité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1910.

Pathogénie de l'œdème pulmonaire expérimental provoqué par l'adrénalide. — M. ***Hallion*** a employé chez l'animal des injections intraveineuses d'adrénaline. Il estime que l'œdème pulmonaire provoqué par ce mode n'est pas dû seulement à l'hypertension aortique mais aussi à une certaine tendance du ventricule gauche à se laisser forcer et à une altération des capillaires.

Néphrectomie partielle pour uropyonéphrone. — M. ***Tuffier***, au cours d'une opération pour hydronéphrose suppurée, en mai dernier, constate que la poche hydronéphrotique suppurée occupe la partie inférieure du rein, et par dissection trouve un uretère et un pédicule vasculaire correspondant à cette poche, et un second pédicule et un second uretère correspondant à la partie supérieure du rein. Extirpation par dissection de la poche, conservation de la partie supérieure du rein, guérison.

Le cathétérisme uretéral montre actuellement que la fraction de parenchyme rénal respectée fonctionne parfaitement.

Les diastases protéolytiques et coagulantes des veines.— M. ***Delezenne.*** —

Rapport sur la déclaration des maladies contagieuses en Algérie.— M. ***Vincent.***

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 décembre.

M. F. ***Ramond***, à propos d'une récente communication de M. Chiray, sur la thermo-anesthésie dans le zona, dit que dans les cas de zona qu'il a pu observer depuis 2 ans 1/2, il a exploré tous les modes de la sensibilité, et noté la présence à peu près constante de la thermoanesthésie. Comme autres particularités intéressantes, il signale, dans la région du zona : 1° le phénomène de la chair de poule lorsqu'on frotte la peau avec un instrument mousse ; 2° un phénomène plus banal, la glycosurie alimentaire ; 3° enfin la polyurie avec ou sans pollakiurie.

Le meilleur traitement des douleurs névralgiques accompagnant ou suivant le zona, paraît être l'injection sous-cutanée d'air stérile.

Fièvre typhoïde ayant débuté par une néphrite hémorragique. — M. ***Gouget*** a observé un cas semblable à celui rapporté dans la dernière séance par M. Pissavy. Tout d'abord on crut être en présence d'une néphrite *a frigore*, mais le malade avait déjà un aspect prostré spécial. Le séro-diagnostic fut négatif. A quelques jours de là, épanchement pleurétique à la base gauche. Une première, puis une seconde ponction révélèrent un liquide hémo-purulent donnant des cultures pures de bacille d'Eberth. Hémoculture négative. L'épanchement devint clair, puis disparut, le malade guérit.

En somme, ce malade a-t-il fait une fièvre typhoïde à début rénal au sens habituel du mot, mais il n'eut jamais de détermination intestinale. Il y eut néphrite et épanchement pleural à bacilles d'Eberth. C'est peut-être dans ce sens qu'il faut chercher l'explication de certaines néphrites dites actuellement « néphrites aiguës ».

M. Léon ***Bernard*** dit qu'il est assez remarquable que ces néphrites infectieuses apparaissant avec des angines aiguës ou des infections éberthiennes soient d'un pronostic bénin. Ne sont-ce pas des *congestions* rénales moins profondes qui expliqueraient la bénignité de ces états.

M. ***Thiroloix*** a vu deux cas de ces néphrites hématuriques prétendues bénignes se terminer par la mort !

De l'exaltation des propriétés antitoxiques des lipoïdes. — MM. ***Lemoine*** et ***Gérard*** (de Lille).

Le syndrome hémorragique tardif au cours de la fièvre typhoïde. — MM. Albert ***Robin***, Noël ***Fiessinger*** et Mathieu-Pierre ***Weil.*** — A la suite d'une fièvre typhoïde bénigne, un sujet de 25 ans fait pendant six jours un syndrome hémorragique inquiétant, avec purpura de la peau et des muqueuses, épistaxis, hémorragies gingivales, hémorragies intestinales et hématuries. En quelques jours une anémie profonde apparaît, puis toutes les hémorragies prennent fin après l'apparition d'une congestion pulmonaire à pneumocoques avec herpès, dont le malade guérit en quatre jours.

Les auteurs ont réuni 5 observations analogues qu'ils distinguent des syndromes hémorragiques précoces et du syndrome érythémateux tardif ou forme hépatique de la fièvre typhoïde. La durée de ce syndrome hémorragique tardif est de 5 à 10 jours et le pronostic généralement favorable. En s'appuyant d'une part sur les résultats négatifs fournis par les hémocultures, et d'autre part sur les examens hématologiques et chimiques, on peut rejeter l'opinion qui rattache ces processus hémorragiques à des infections surajoutées, et en rechercher la raison dans une altération humorale du milieu sanguin qui, par suite de la perte très marquée des substances organiques au cours de la fièvre typhoïde, devient plus fluide et moins visqueux. Cette altération humorale se traduit par un abaissement de la densité du sang et par une sédimentation des globules rouges. Aussi la thérapeutique doit-elle viser la modification humorale et l'activité des thromboses leucocytaires.

A propos de l'ulcère du duodénum. — MM. ***Achard*** et ***Flandin*** ont observé un ulcère du duodénum et un ulcère de l'estomac, situés non loin de la valvule pylorique, mais la respectant. Dans le premier cas, l'ulcère était latent, puis tout d'un coup douleur très vive faisant songer à une colique hépatique. Enfin, signes de péritonite, opération, mort.

Dans le second cas : ulcère de l'estomac sis à 2 travers de doigt au-dessus de la valvule pylorique, la douleur siégeait au-dessous des fausses côtes et apparaissait tardivement après les repas (3 ou 4 heures). La douleur tardive ne permet donc pas toujours de songer à l'ulcère du duodénum.

Avortement, convulsions et gangrène d'un bras consécutif à l'empoisonnement par le seigle ergoté. — MM. ***Dufour*** et ***Huber*** présentent une femme ayant subi l'amputation du bras droit à la suite d'une gangrène sèche. Cette gangrène fut précédée d'accidents comateux, puis convulsifs. Il y eut avortement, infection purulente, otite avec paralysie faciale. Les accidents comateux convulsifs et la gangrène, étaient dus à l'ingestion d'ergot de seigle.

Diabète expérimental à durée prolongée. — ***MM. Thiroloix*** et ***Jacob*** présentent un chien auquel ils ont enlevé une partie du pancréas en conservant le canal de Wirsung. Les premiers jours, l'animal ne maigrit pas ; l'amaigrissement ne fut que tardif. A

l'heure actuelle, ce chien urine 700 grammes d'urine par 24 heures, avec 57 gr. de sucre. Les auteurs ont été amenés à ne faire qu'une extirpation partielle du pancréas par l'observation suivante : à l'autopsie de diabétiques « pancréatiques » on trouve toujours des portions de pancréas normal.

Note sur le rythme de l'élimination de l'arsenic après injection de « 606 ». — ***MM. Jeanselme*** et J. Charles ***Bongrand***. A la séance du 18 novembre, J. et B. ont communiqué leurs recherches sur l'élimination du « 606 » faites à l'aide de la méthode de Bougault qui permet dans une certaine mesure de doser les quantités d'arsenic éliminées. Après injection intra-musculaire, il y a une décharge très nette se produisant du 4e au 6e jour après la piqûre : 0 gr. 061 d'acide arsénieux pour 100 cc. d'urine soit 0 gr. 020 de « 606 » pour 1000 cc. d'urines.

A la suite d'une injection intraveineuse, élimination très notable d'arsenic dans les 24 heures ; mais J. et B. ne peuvent encore dire si cette élimination se prolonge. A. Fage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1910.

Division des urines. — M. ***Marion***. — Je persiste à penser que la division des urines doit céder le pas au cathétérisme des uretères et que tous ceux devant lesquels se pose souvent une question de diagnostic à propos de lésions rénales arriveront peu à peu à l'abandonner.

Dans le cas que j'ai signalé et que M. Delbet a critiqué, la division fut prolongée trois quarts d'heure et les urines examinées immédiatement après. Il y avait une urine claire d'un côté et une urine sanglante de l'autre. La division paraissait donc légitime. Or deux jours au maximum après cette division, j'opérai le malade et trouvai un des reins complètement détruit au point de vue fonctionnel. Cette destruction totale du rein n'avait pu se faire en deux jours.

M. Delbet m'a reproché de n'avoir pas tenu compte de l'absence d'éjaculation urétérale. Mais il oublie que la moindre altération de l'orifice urétéral suffit à supprimer cette éjaculation.

Voici un nouveau cas d'erreur du séparateur : un médecin de ville place un séparateur, trouve du pus des deux côtés. Les signes cliniques indiquent un calcul. Les urines sont troubles surtout à droite. Or, le cathétérisme urétéral me donne à droite 9 cm. d'urines claires, à gauche 3 cm. d'urines purulentes.

M. ***Guinard***. — De cette discussion il me semble résulter que le diviseur des urines, s'il n'est pas à rejeter complètement, n'est cependant pas une excellente méthode puisqu'aucun des spécialistes de la Société de chirurgie n'est venu ici témoigner en sa faveur.

Bien appliqué, le séparateur sépare les urines, mais le difficile est précisément de le bien appliquer et l'on ne peut savoir s'il est vraiment bien appliqué.

Cholécystite typhoïdique. — M. ***Savariaud*** rapporte le cas d'une malade qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut prise d'un point abdominal très violent, avec fièvre. On hésitait entre appendicite et cholécystite.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une cholécystite. On trouva dans la vésicule un calcul et un liquide trouble riche en bacilles d'Eberth. Il s'agit évidemment d'un cas de calcul préexistant infecté à la suite d'une fièvre typhoïde.

Prolapsus vaginal rebelle. — M. ***Tuffier*** fait un rapport sur une observation communiquée par M. Guibal (de Béziers) et concernant un cas de prolapsus vaginal ayant persisté malgré une hystérectomie et une périnéorraphie et qui a été traité avec succès par une colpectomie totale. Il s'agissait d'une femme âgée.

Cette inversion totale du vagin paraît être rare et M. T. n'en a pu réunir que 6 autres observations. Le plus souvent il s'agit de femmes ayant un prolapsus utérin qui a nécessité l'hystérectomie et celle-ci a été faite par voie vaginale.

Cette inversion du vagin se produit rapidement et dans le mois qui suit l'hystérectomie. Le prolapsus n'intéresse que la portion du vagin sise au-dessus des releveurs, c'est-à-dire le dôme du vagin. La portion antérieure est une cystocèle et à ce niveau la muqueuse est très amincie, ce qui rend la dissection de la vessie très délicate. En arrière, c'est une entérocèle qui est comme bridée latéralement par deux cordons qui sont les ligaments larges. Le rectum reste en place d'ordinaire. Les releveurs sont écartés.

Les troubles fonctionnels sont donc à la fois ceux d'une entérocèle (tiraillements, coliques) et ceux d'une cystocèle.

La hernie se réduit aisément mais récidive aussitôt.

Le traitement est préventif ou curateur.

Préventif, il consiste à compléter les hystérectomies pour prolapsus, par une bonne réfection du plancher péritonéal et par la résection d'une portion du dôme vaginal si on fait une hystérectomie vaginale.

Curateur, il est difficile ; le mieux, lorsqu'il s'agit d'une femme âgée qui accepte la mutilation qui en est la conséquence forcée, c'est de faire une colpectomie avec réfection complète du périnée sur 4 plans.

Nouvelle voie d'abord antérieure sur le cardia, le foie et la rate. — M. ***Hartmann*** fait un rapport sur une communication de M. Navarro (de Montévidéo) concernant une nouvelle voie d'abord sur le cardia, le foie et la rate. M. Navarro a tenté de réaliser pour atteindre ces organes une voie conseillée autrefois par Lannelongue. Il pénètre d'abord dans l'abdomen, détache les insertions antérieures du diaphragme, refoule en haut le cul-de-sac pulmonaire et résèque les côtes antérieures.

Mais cette section du diaphragme et la résection définitive des côtes comporte des inconvénients et des dangers. Il a alors eu l'idée de faire une résection temporaire. Il sectionne les 3 dernières côtes antérieures sans les parties molles intercostales, sur une portion de leur longueur et on tire le volet ainsi formé en haut. Cela donne un jour assez considérable et l'opération terminée, on remet tout en place. M. Navarro a fait plusieurs interventions en utilisant cette voie qu'il déclare très commode.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 2 décembre 1910.

A propos d'un cas de lithotritie. — M. ***Cathelin***.

Un appareil collecteur et contentif des urines dans certains cas de cystostomie. — M. ***Nogués***.

Nouveau procédé de traitement de l'hypospodias péno-scrotal. — M. ***Monnier*** fait un rapport sur un nouveau procédé imaginé par M. *Thévenard* et qui consiste à refaire le canal au moyen d'une greffe préputiale. Ce procédé comprend 3 temps : 1° redressement de la verge et avancement du méat sur le pénis ; 2° reconstitution d'un canal péno-glandaire aux dépens du prépuce détaché de la face dorsale de la verge ; 3° réfection de la morphologie de la verge.

A propos des métrorrhagies syphilitiques. — M. ***Verchère*** donne deux observations de jeunes femmes syphilitiques, à la période secondaire, chez lesquelles l'injection intraveineuse d'arsénobenzol (606) fut suivie, dès le soir de l'injection, de métrorrhagies qui furent inquiétantes par leur abondance pendant 3 à 4 jours. Chez l'une de ces malades les règles avaient un retard d'un mois. Ne peut-on pas craindre en traitant une femme syphilitique enceinte par l'arséno-benzol de provoquer un avortement ? La grossesse deviendrait une contre-indication de l'arséno-benzol. La syphilis intra-utérine ne pourrait être traitée sans dangers pour le fœtus par le 606.

Présentation. — M. ***Delbet*** présente une malade atteinte d'anévrysme artérioso-veineux siégeant sur la face interne du 1/3 inférieur du bras gauche. L'anévrysme siégeait sur deux petites collatérales inférieures et internes et sur la veine humérale. Le nerf médian était englobé dans la poche. Opération. Guérison.

M. ***Le Bec*** présente un appendice qui siégeait dans la fosse iliaque gauche bien que la malade ait eu 3 crises avec douleur localisée à droite.

M. ***Judet*** présente une attelle métallique pour pied-bot varus équin. A. Huguier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 1er décembre 1910.

Sur le traitement abortif de la syphilis par l'hectine. — M. ***Hallopeau*** revient à nouveau sur le procédé de traitement qu'il a préconisé. L'auteur établit, par 33 observations, dont 17 lui sont personnelles, que le médicament, injecté quotidiennement, pendant 30 jours, dans le fourreau, chez des sujets atteints de chancres n'ayant pas dépassé le trentième jour de leur évolution, *amène constamment l'avortement de la maladie.* Les adénopathies rétrocèdent, la réaction de Wassermann donne immédiatement ou graduellement des résultats négatifs. La guérison est durable ; elle remonte à plus d'une année chez six des sujets infectés, à deux ans chez le premier d'entre eux. Cette action locale est complète ; un malade de M. Guiard a contracté un second chancre, quatre mois après la guérison du premier par ce traitement. Cette action est durable ; sa puissance sur les tréponèmes primitifs l'emporte des centaines de milliers de fois sur celle des médicaments qui n'arrivent en contact avec eux qu'après s'être diffusés dans les 60 ou 80 kilogr. qui représentent la masse de l'organisme : on est en droit d'espérer qu'elle est définitive.

Du jour où la mise en jeu de ce traitement deviendra la règle, la fréquence de la syphilis diminuera dans d'énormes proportions. M. Hallopeau ajoute qu'il est tellement sûr de son procédé de traitement qu'il autorise ses malades à se marier, lorsque régulièrement, pendant un mois, ils ont subi les injections locales, et qu'ils ont suivi un traitement général intensif.

M. ***Thibierge*** proteste et affirme qu'on n'a pas le droit d'autoriser encore actuellement le mariage à un syphilitique après un mois de traitement quel que soit le traitement employé. Ce n'est pas seulement à cause de la femme qui peut être contaminée, mais encore à cause de l'hérédité.

M. ***Milian.*** — M. Hallopeau fait état de l'apparition d'un chancre chez un syphilitique pour dire que son malade est guéri de la première infection. Ce n'est pas un argument absolu, puisqu'il y a des cas incontestables de superinfection syphilitique et M. Milian en a présenté un cas, il y a un an, absolument évident. D'autre part, une injection sous-cutanée, fût-elle dans le pénis, ne constitue pas un traitement local, mais un traitement général puisque le médicament est immédiatement absorbé par la circulation générale. Quant à la valeur de la réaction de Wassermann, M. Milian ajoute qu'il y a deux moyens de la rendre positive : le premier de traiter le sérum par le sulfate de baryum. Dans certain nombre de cas, la réaction apparaît alors positive. C'est là un procédé conseillé par Wassermann. Le deuxième procédé a été suggéré à M. Milian par un certain nombre de faits d'observation. Il consiste à faire au malade un traitement spécifique intense et très rapidement apparaît positive la réaction préalablement négative. Il semble que le traitement ait déterminé la formation d'anticorps, dont la réaction de Wassermann révèle la présence. Lorsque la réaction reste négative après ces deux épreuves, il est évident que les arguments sont plus puissants pour parler de guérison ou d'abortion de la syphilis.

A propos de la communication de L. Sulzer sur les accidents oculaires dus au traitement de la syphilis par les derivés arsenicaux. — M. ***Balzer***, au nom de M. Mouneyrat, fait remarquer que plusieurs erreurs se sont glissées dans la dernière communication de M. Sulzer : 1° une erreur de dénomination ; 2° l'hectine ne se dédouble pas dans l'organisme pour donner l'atoxyl ; 3° ce n'est pas parce qu'il y a la molécule benzol que ce produit a une action nocive sur le nerf optique, car en thérapeutique de nombreux corps contenant cette molécule sont employés sans que jamais des accidents oculaires se soient produits ; 4° enfin l'hectine n'appartient pas au groupe de la paraphénylène diamine. L'hectine n'a jamais donné d'accidents oculaires graves.

M. ***Sulzer*** reconnaît que, en ce qui concerne l'hectine, il convient de dire que ce sel, tout en possédant une action élective sur le nerf optique, ne produit pas l'atrophie fatale du nerf telle qu'elle a été constatée après l'usage de l'atoxyl, de l'arsacétine et de produits similaires. Comme il le constatait dans sa première communication, la toxicité de l'hectine est moindre, comme fréquence et comme intensité. Tout trouble visuel si léger soit-il, doit néanmoins faire interrompre le traitement.

Sur un cas de maladie de Bréda. — MM. ***Jeanselme*** et ***Gastou*** présentent un cas de maladie de Bréda, qui est peut-être le premier observé en France. Il s'agit d'un jeune Bolivien qui a contracté cette affection, dans son pays, il y a neuf ans. Il a eu d'abord une éruption qu'il attribue à des piqûres de moustiques et qui a laissé sur le tronc des cicatrices très apparentes. Puis il a eu une large ulcération sur le dos du pied droit, plus tard une autre sur la fesse. Depuis cinq ans, le travail destructif s'est cantonné sur la partie supérieure de l'appareil respiratoire. Il a produit une large perforation de la cloison des fosses nasales ; il a fait tomber la luette et il a échancré en ogive le bord libre du voile du palais. L'épiglotte est en partie détruite et le moignon qui subsiste est épaissi. Cette infiltration produit une sténose de l'orifice supérieur du larynx. Toute la muqueuse du vestibule est végétante, mûriforme et rosée. La partie postérieure du dos de la langue est tapissée de gros tubercules, à surface polylobée, comme une framboise.

Une biopsie, faite sur un nodule lingual, a montré une infiltration de plasmazellen qui ne sont pas agglomérées en follicules. Il n'y a pas de cellules géantes et les vaisseaux paraissent peu altérés. En quelques points, nous avons constaté la présence d'un bacille qui est peut-être celui dont Bréda a donné la description. Sur les coupes, ni le bacille de Koch, ni le bacille de Hansen n'ont pu être colorés. A l'ultra-microscope, nous n'avons constaté ni le tréponème de la syphilis, ni le spirochœte pertenuis de Castellani qui est l'agent pathogène du pian.

Bréda a décrit la maladie, dont nous rapportons un exemple, sous le nom de frambœsia brésiliana ou boubas. Or, ces termes prêtent à confusion, car la frambœsia, qu'on appelle encore pian ou yaws, est une maladie toute différente, qui atteint rarement les muqueuses et qui est produite par le spirochæte pertenuis. Quant à l'expression « boubas », elle est employée couramment pour désigner des affections dissemblables ; il est donc à désirer qu'elle soit exclue de la terminologie médicale.

Sans vouloir aucunement préjuger de la nature de la maladie de Bréda, qui est peut-être autonome, mais qui présente d'incontestables analogies avec la syphilis, le lupus et même la lèpre, MM. Jeanselme et Gastou font remarquer que la réaction de Wassermann a été positive, bien que le malade nie tout antécédent suspect.

Lupus du nez guéri par une application de radium. — M. ***Barcat.***

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 1er décembre 1910

L'expertise psychiatrique dans l'armée. — ***M Simonin,*** comme MM. Chavigny et Granjux, reconnaît la nécessité de l'éducation psychiatrique des médecins de l'armée et de la création d'experts psychiatres dans l'armée.

Discussion : *MM. Boigey* et *Haury*

Traitement des traumatismes craniens fermés. — ***M. Darde*** pratique systématiquement la trépanation exploratrice, qui est une opération facile, sans danger si elle est aseptique, et qui permet de reconnaître des lésions qui pouvaient passer inaperçues, et d'y remédier. Depuis deux ans, il a pratiqué trois trépanations pour traumatismes fermés du crâne, qui ont guéri rapidement et sans complications. Les blessés ont tous éprouvé un soulagement immédiat à la suite de son intervention. Dans un cas où il a dû s'abstenir, le blessé a guéri, mais la convalescence a été longue, et il persista des troubles psychiques plus d'un an après le traumatisme.

Fièvre de Malte. — M. ***du Bourguet*** en a observé six cas en Corse, qui doit être considérée définitivement comme un foyer très actif de fièvre méditerranéenne. Chez presque tous ses malades, il a pu déceler comme étiologie l'absorption de lait de chèvre non bouilli. Trois de ses cas ont évolué normalement. Chez un autre, il s'est compliqué d'orchite ; enfin chez deux femmes en état de gestation, la maladie a déterminé l'accouchement prématuré.

Le traitement quinique n'a donné aucun résultat. Le pyrami-

don, les injections intraveineuses d'électrargol, ont amené un abaissement thermique de quelques jours.

Traitement de la névralgie par le courant continu. — ***M. J. des Cilleuls.***

Présentation d'appareil de thermothérapie. Radiateur à liquides ou à sable chauds. — ***M. Miramond de la Roquette.***

H. Billet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 décembre 1910

A propos du traitement anti-syphilitique du tabès. — (Présentation de malade). M. ***Alquier*** présente une malade chez laquelle existent des signes de tabès (douleurs fulgurantes, abolition des réflexes, signe de Romberg, troubles de la nutrition). La réaction de Wassermann a été positive et cependant, certains symptômes rendent le diagnostic hésitant chez cette malade. L'auteur insiste sur les difficultés que présente parfois le diagnostic entre la syphilis du système nerveux et le tabès, et dit, que pour sa part, il n'a pas encore vu le traitement antisyphilitique avoir une action nette sur l'évolution du tabès.

Discussion sur l'arséno-benzol d'Ehrlich. — MM. ***Lafay*** et ***Lévy-Bing*** comparent les préparations aqueuses d'arséno-benzol d'Ehrlich destinées à la voie intra-musculaire et l'émulsion huileuse telle qu'ils l'ont réalisée. Ils montrent les nombreux avantages de la forme huileuse au triple point de vue de l'obtention du produit injectable, de sa tolérance par les tissus et même de l'action curative.

Discussion : MM. ***Lematte, Leredde*** et ***Emery.***

L'air expiré n'est pas pur mais contient au contraire de nombreux corpuscules mobiles. — M. A. ***Courtade.*** — Quand on examine à l'ultra-microscope la buée respiratoire, recueillie à l'abri de l'air ambiant, on constate la présence d'une multitude de particules solides, les unes fixes, de forme et de dimensions variées, d'autres mobiles ressemblant tout à fait à des cocci et à des bacilles ; on y trouve aussi des cellules épithéliales. Si l'on fait évaporer sur une lame de verre 2 ou 3 gouttes de buée respiratoire, il se forme un halo.

La notion de pureté de l'air expiré, acceptée par les physiologistes et les hygiénistes, doit donc être rejetée.

Des ensemencements sur quatre milieux différents sont restés stériles.

L'air expiré rejette donc dans l'air ambiant, outre les gaz, des produits organiques et autres qui, très probablement, doivent varier avec l'état de santé ou de maladie des voies respiratoires.

Essai sur quelques médications méta-thyroïdiennes. — MM. ***Léopold-Lévi*** et ***Henri de Rothschild*** designent sous le nom de médications méta-thyroïdiennes des moyens thérapeutiques qui empruntent une partie de leur activité à leur influence directe ou indirecte sur la glande thyroïde. Ils étudient, spécialement à ce point de vue, l'action de l'iode, l'arsenic, le phosphore, le chlorure de calcium, la médication marine, et montrent qu'on peut tirer, de leur association avec la médication méta-thyroïdienne, des effets particulièrement heureux contre les accidents du neuro-arthritisme (migraine, asthme, rhumatisme chronique, dermatoses, etc.).

Lecture du rapport du secrétaire général.

Lecture et adoption des rapports du trésorier et de la commission de vérification des comptes.

Elections : Le Bureau est ainsi constitué pour l'année 1911 : Président : M. Cayla ; vice-présidents : MM. Bourdel, Caron de la Carrière et Castex ; secrétaire général : M. Paul Guillon ; secrétaire général adjoint : M. Mortier ; secrétaires des séances : MM. Blanche, Blondin, Duclaux et Gigon ; trésorier : M. Monel ; trésorier adjoint : M. Nigay ; archiviste : M. Debrigode. Membres du Conseil d'administration : MM. Boursier, Buret, Butte, Helme, de Molènes, Reynier, Roulin. Membres du Comité de publication : MM. Cazin, Dabout, Ducor, Le Fur, Letulle, Lutaud, Millée, Minet, Ozenne, Régis.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène militaire ; par Robert Caldwell. 2e édition, 1 volume de 580 pages. (Baillière, Tindall et Eon. Londres 1910.)

Ce volume contient un exposé des principes d'hygiène nécessaires aux soldats. Ce qui fait son originalité, c'est le grand nombre de matériaux (rapports, histoire des faits) utilisés, ainsi que l'expérience de l'écrivain. Actuellement, la connaissance des règles sanitaires est une nécessité si l'on veut avoir, dans les manifestations militaires, la suprématie. Or, ce volume expose avec une clarté et une précision admirables tout ce que le médecin militaire doit connaître. 80 gravures illustrent le texte fort soigné.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE ET DIÉTETIQUE

Recalcification — Reminéralisation

Indications : Tuberculose, prétuberculose. Déminéralisation par entérites, entéronévroses, etc.

DIÉTÉTIQUE

1° Administrer des aliments riches en chaux, sous forme de potages épais, laitages, œufs, rognons, ris de veau, poissons bouillis, viandes grillées ou rôties, sans sauce, légumes en purée (de préférence pommes de terre, carottes, pois cassés, haricots...) pâtes, riz, entremets, fruits cuits, confitures (Sergent.)

2° Suppression des fritures, des graisses autres que le beurre (en petite quantité et non cuit), des aliments acides (sauf un peu de jus de citron), des viandes faisandées, des fromages forts.

3° Suppression des boissons alcooliques. Les remplacer par des eaux bicarbonatées calciques (Pougues, St-Galmier, Châtel-Guyon, etc.)

4° Manger aux heures de repas habituelles. Pas de repas supplémentaires. Pas de suralimentation.

FORMULAIRE

Calcifiants directs

Au moment des repas, prendre un cachet :

Carbonate de chaux	0,30 centigr.
Phosphate tricalcique	0,50 —
Chlorure de sodium	0,15 —
Magnésie calcinée	0,05 à 0,10 cgr.

pour un cachet :

ou :

Chlorure de calcium	1 gr. 50
Eau	100 cc.

à prendre par cuillerées à soupe en 24 heures.

— Injections hypodermiques de glycérophosphate de chaux à 0 gr. 05. par un ou deux cent. cubes (craindre des phénomènes douloureux pour des concentrations plus fortes).

— Sérums composés de Locke, Ringer.

Calcifiants indirects (Lœper).

— Lécithine — en dragées ou ampoules de 0 gr. 05 — Quotidiennement une ampoule en injection ou 5 à 6 dragées en ingestion.

— Huile phosphorée au millième	25 gr.
Huile de foie de morue	975 gr.

Prendre une ou deux cuillerées à soupe par jour (à surveiller comme emploi au cas de troubles gastro-intestinaux).

— Limonade phosphorique (du Codex).

— Adrénaline (Sergent). Quotidiennement X ou XX gouttes de la solution au millième en injection hypodermique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des grenouillettes par l'extirpation.

Par M. le Dr CHIFOLIAU,
Chirurgien des hôpitaux.

Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la meilleure façon de traiter les grenouillettes.

Tous ont renoncé à l'incision ou à la ponction simple de la poche kystique, constamment suivies de la récidive, à brève échéance.

Mais la ponction du kyste suivie d'injections dans sa cavité, de liquides caustiques divers — teintures d'iode (Bouchacourt, de Lyon), chlorure de zinc (Verneuil, Le Dentu), a donné quelques guérisons et a conservé des partisans. A la vérité, l'injection de chlorure de zinc déliquescent, même à la dose de deux gouttes, a pu déterminer des accidents assez graves. Elle est douloureuse, infidèle. Il faut lui préférer, dans l'état actuel de la chirurgie, *l'extirpation* complète de la poche kystique.

Pour extirper une grenouillette, le chirurgien a besoin des notions anatomiques essentielles suivantes : (les grenouillettes sont *sublinguales* ou, beaucoup plus rarement, *sus-hyoïdiennes*, et exceptionnellement à la fois sublinguales et sus-hyoïdiennes. Nous laisserons de côté les grenouillettes par atrésie congénitale du canal de Wharton.)

La grenouillette *sublinguale* est une poche toujours uniloculaire, à parois minces, dont le contenu filant et visqueux, quelquefois brunâtre, est sous une faible tension. Logée sous la muqueuse buccale à laquelle elle n'adhère pas, elle se met en rapport en dehors avec la face interne de la mâchoire, en dedans avec le canal de Wharton et avec les muscles hyoglosse et génioglosse, en bas avec le muscle mylo-hyoïdien.

Entre les muscles mylo-hyoïdien et hyoglosse, le long du canal de Wharton et du prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire, est un espace celluleux, lâche, décollable. On comprend facilement que la poche kystique puisse s'agrandir en suivant cette voie et se créer un diverticule sus-hyoïdien latéral.

Dans la grenouillette *sus-hyoïdienne* que nous avons observée, le kyste repoussait en dehors la glande sous-maxillaire, se moulait dans la loge sous-maxillaire, se mettait en contact en dehors avec l'aponévrose sous-maxillaire, en dedans avec le muscle hyoglosse et avec le nerf grand hypoglosse, en haut avec le nerf lingual.

L'extirpation d'une grenouillette peut être faite soit par l'incision intrabuccale, soit par l'incision sus-hyoïdienne.

L'incision buccale ne convient qu'à la grenouillette sublingale, elle doit être rejetée dans le traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne. Celle-ci est justiciable de l'incision externe sus-hyoïdienne. Voilà les notions qui paraissent bien établies en France.

Nous avons été frappé, il y a déjà longtemps, des difficultés de l'extirpation des grenouillettes par la voie buccale. Nous avons vu, pendant notre internat, entre les mains des plus habiles de nos maîtres, l'opération rester incomplète et partielle. Nous-même avons échoué deux fois dans nos tentatives d'extirpation — la première fois chez une jeune femme de 24 ans, que nous avons opérée, en 1901, dans le service de notre maître Tuffier à Beaujon, — la deuxième fois dans le service de notre regretté maître Poirier, à Lariboisière, en 1906.

Dans ces deux cas, suivant le conseil de Félizet, nous avions commencé l'opération à la cocaïne, — nous n'avons pu la continuer que grâce au sommeil chloroformique.

Malgré l'anesthésie locale, la malade faisait à chaque instant des mouvements de déglutition, rendant impossible une dissection délicate. De plus, l'infiltration cocaïnique masque les limites de la poche kystique.

L'opération buccale reste difficile même quand le malade est profondément endormi, la bouche bien ouverte, la langue solidement tirée en haut et en avant, le plancher de la bouche bien exposé. Au début, les choses vont très bien ; la muqueuse buccale est incisée le long de la face interne de la mâchoire et séparée facilement de la calotte supérieure du kyste. Mais aussitôt que commencent les manœuvres de libération profonde, la tumeur se rompt ; du liquide gommeux d'abord, puis du sang, inondent le champ opératoire. La poche repérée avec des pinces se déchire sous la moindre traction. Il devient bientôt impossible de disséquer la partie profonde adhérente du kyste. L'opérateur doit se contenter de la cureter et de la détruire avec du chlorure de zinc ou tout autre substance caustique.

La plaie est tamponnée et se cicatrise par bourgeonnement.

L'extirpation incomplète amène sans doute quelquefois la guérison, mais elle peut-être suivie de *récidive*. Dans quelles proportions ? Les faits ne sont pas assez nombreux pour nous permettre de l'établir au moyen de statistiques.

Des deux malades que nous avons opérées par la bouche, la première, celle de Beaujon, est sortie de l'hôpital peu de temps après l'intervention et n'a pas été revue ; la deuxième a récidivé deux mois après l'opération.

Or, chez cette dernière malade, nous nous étions efforcé d'enlever la plus grande partie possible de la poche dans le désir de procurer une pièce pathologique intéressante à notre ami Lecène qui étudiait la pathogénie des grenouillettes.

En 1908 et en 1909, nous avons vu à la consultation externe de l'hôpital Lariboisière, en récidive de grenouillette, deux jeunes femmes qui avaient subi une opération buccale.

Malgré ses inconvénients et ses difficultés, l'extirpation des grenouillettes sublinguales devra toujours être tentée par l'incision buccale — d'abord — chez les *femmes jeunes* auxquelles nous avons le devoir d'éviter, à tout prix, une cicatrice disgracieuse, difficile à cacher, et capable de devenir chéloïdienne.

Les grenouillettes sublinguales de *petites* dimensions et celles de *l'enfant* seront aussi traitées d'abord par la bouche. L'incision sus-hyoïdienne sera employée en cas de *récidive*.

Nous avons eu l'occasion, pendant le cours de l'année 1910, d'observer dans le service de notre excellent maître Reynier, à l'hôpital Lariboisière, deux cas de grenouillette, tous deux chez l'homme. Dans le premier cas, il s'agissait d'une grenouillette à la fois sublinguale et sus-hyoïdienne, dans le deuxième, d'une grenouillette sublinguale.

M. Reynier a bien voulu nous confier le traitement de ces deux malades dont nous avons extirpé la grenouillette par l'incision sus-hyoïdienne.

Voici d'abord ces deux observations :

OBSERVATION I. — *Grenouillette sus-hyoïdienne et sublinguale du côté droit.*

D..., 16 ans, entre le 17 février 1910, salle Ambroise-Paré, lit n° 4, dans le service du Dr Reynier.

Ses antécédents héréditaires sont peu intéressants ; ses parents sont en bonne santé. Il a eu la scarlatine, il y a 2 ans.

Au mois de novembre 1909, il ressentit quelques vagues douleurs

sous la langue, du côté droit, et éprouva une certaine gêne pour parler. Il s'aperçut alors qu'il portait dans la région douloureuse une petite tumeur lisse et arrondie, d'une coloration verdâtre.

Il y a environ un mois, en janvier 1910, apparut, au-dessous de l'angle de la mâchoire, une tumeur qui grossit peu à peu, jusqu'à atteindre les dimensions actuelles.

Le 17 février, comme le montrent très bien les 2 photographies ci-jointes que nous devons à l'obligeance de M. Charles Vaillant, chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Lariboisière, le malade présente, au-dessous de la mâchoire du côté droit, une tumeur qui fait saillie surtout vers l'angle de la mâchoire. Cette tumeur occupe toute la région sus-hyoïdienne latérale et s'avance jusqu'au voisinage de la ligne médiane.

A son niveau, la peau a conservé sa coloration, son épaisseur, sa souplesse et sa mobilité normales. La tumeur est lisse, régulière, dépressible, peu tendue, parfaitement fluctuante.

Les contours se délimitent mal à la palpation.

L'examen de la bouche permet de constater, sous la langue, du côté droit, une tumeur allongée parallèlement à la mâchoire et étendue depuis la dernière grosse molaire jusqu'au frein de la langue. Elle remplit le sillon alvéolo-lingual.

Elle est d'une coloration bleuâtre, et recouverte par une muqueuse amincie, mais non adhérente.

Sa consistance est molle ; elle donne la sensation d'une collection liquide peu tendue. Le doigt la déprime facilement, mais, à ce moment, la tumeur sus-hyoïdienne se tend. Inversement, la fluctuation est transmise avec la plus grande netteté de la tumeur sus-hyoïdienne à la tumeur sublinguale.

L'orifice du canal de Wharton n'a pas été cathétérisé, mais nous avons vu nettement de la salive sourdre à son niveau.

J'opère le malade le 19 février 1910 sous l'anesthésie chloroformique.

Je fais une incision sus-hyoïdienne parallèle au bord inférieur de la mâchoire.

Après la section des plans superficiels, la glande sous-maxillaire semble faire hernie, repoussée en dehors par la poche kystique de coloration noirâtre.

La glande sous-maxillaire blanchâtre, aplatie, est fusionnée intimement à l'aponévrose sous-maxillaire et à la paroi kystique.

Après avoir lié l'artère faciale, je libère progressivement d'arrière en avant la glande sous-maxillaire et la poche kystique. Celle-ci descend jusqu'au tendon intermédiaire aux deux ventres du digastrique, recouvre en avant la partie postérieure du muscle mylo-hyoïdien et y adhère intimement.

La face interne du kyste est en contact avec le nerf grand hypoglosse flanqué de ses veines satellites.

Sur son bord supérieur, apparaît le nerf lingual avec le ganglion sous-maxillaire.

Figure 1.



Figure 2.

La moitié antérieure du kyste suit la face externe du canal de Wharton et lui adhère intimement. La glande sub-linguale appliquée sur la paroi externe de la tumeur est dégagée avec elle.

A ce moment, la tumeur n'adhère plus en avant que par le canal de Wharton et par quelques tractus celluleux. La section du canal de Wharton et de ces tractus amène l'excision d'une petite partie de la muqueuse sub-linguale. Deux points au catgut ferment cette brèche.

Pour combler les espaces celluleux, je réunis au catgut l'hyoglosse et le bord postérieur du mylo-hyoïdien et remonte le tendon du digastrique.

La logue sous-maxillaire est drainée ; la peau suturée aux crins.

Voici le résumé de la note anatomique que nous a remise, M. Masson chef du laboratoire de M. Reynier.

« Le kyste est compris entre la sous-maxillaire et la sub-linguale qui sont placées à chaque extrémité de son plus grand diamètre.

La sous-maxillaire en est séparée par une bande de tissu conjonctif enserrant quelques lobules graisseux et mesurant 1 à 3 millimètres d'épaisseur. La sub-linguale, revêtue d'une très mince coque conjonctive, fait une légère saillie dans la cavité de la grenouillette.

La paroi du kyste est constituée par un tissu conjonctif dense. Ses limites sont imprécises et son épaisseur variable.

En dedans, elle s'infiltre progressivement d'éléments inflammatoires qui arrivent presqu'au contact les uns des autres au voisinage de la cavité ».

A la surface de la cavité, beaucoup de cellules fixes s'aplatissent s'entassent en plusieurs couches simulant parfois un épithélium pavimenteux stratifié. Mais il ne s'agit pas là d'un épithélium véritable.

Pourtant dans une anfractuosité de la grenouillette, j'ai pu voir la lumière kystique tapissée par une rangée de cellules cylindriques, un peu basses, il est vrai, mais qui rappellent singulièrement celles qui revêtent les conduits excréteurs des glandes salivaires ».

Les suites opératoires ont été des plus simples.

Lavages répétés de la bouche. Ablation du drain au bout de 48 heures, des fils le 7e jour. La réunion est complète. La température rectale n'a pas dépassé 37°6, le 3e jour.

Le malade sortait de l'hôpital le 29 février 1910. Il a été revu le 29 septembre 1910. La cicatrice est linéaire, un peu chéloïdienne au niveau de l'orifice du drain. Le plancher buccal est souple.

Observation II. — J. Ch.., 17 ans, cuisinier, entre le 7 octobre 1910, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, lit n° 2.

Ce jeune homme, dont les parents sont vivants et bien portants, a toujours joui d'une bonne santé .

Il s'est aperçu au mois de juillet 1910 qu'il avait sous la langue une petite tumeur qui grossit, dans la suite, peu à peu, sans déterminer ni douleur, ni gêne fonctionnelle.

Le 7 octobre, je constate que le malade porte sur le plancher de la bouche, du côté gauche, une tumeur aplatie, gris rosé, molle, fluctuan-

te, remplissant le sillon alvéolo-lingual à partir de la ligne médiane.

Cette grenouillette sub-linguale n'est pas réductible et ne présente pas de prolongement sus-hyoïdien.

Néanmoins, la palpation de la région sous-maxillaire montre que la sous-maxillaire est repoussée en dehors.

Elle semble un peu plus grosse qu'à l'état normal.

Le canal de Wharton est perméable.

Le malade, quoique un peu maigre et pâle, se porte bien. Le cœur, le poumon, le tube digestif, ne présentent aucun trouble fonctionnel.

J'opère J. Ch., le 11 octobre, par la voie sous-hyoïdienne. Même incision que dans l'observation précédente.

La glande sous-maxillaire mise à nu est dégagée et repoussée en bas et en arrière. Le muscle mylo-hyoïdien gauche est sectionné sur une petite étendue à égale distance de l'os hyoïde et de la mâchoire.

Le kyste est disséqué prudemment d'arrière en avant.

Il se laisse très facilement séparer du plan musculaire (hyoglosse et génioglosse); plus difficilement du canal de Wharton.

Toute la moitié postérieure du kyste était dégagée quand le pincement malencontreux de sa paroi détermina une rupture. La dissection du segment antérieur de la tumeur devint alors difficile ; néanmoins, je réusis à enlever, en plusieurs fragments, toute la paroi kystique.

A la fin de l'opération, la muqueuse buccale fut trouvée perforée sur un centimètre. Cette brèche fut suturée au catgut.

Réparation du muscle mylo-hyoïdien. Drain à la partie postérieure de la plaie. Sutures cutanées aux crins.

La température rectale, dans les suites opératoires, resta autour de 37°. Le 14 octobre, le drain est enlevé et le malade quitte le service, guéri, le 25 octobre 1910.

Voici la note de M. Masson, au sujet de ce malade. « La portion de paroi kystique examinée est constituée par un tissu cellulo-graisseux enserrant deux glandules salivaires, toutes deux du type mixte.

La cavité kystique est bordée par un tissu conjonctif dense, assez riche en vaisseaux. Nulle part, on ne voit trace d'épithélium ».

Il nous a semblé que l'incision sus-hyoïdienne donne beaucoup plus de jour que l'incision buccale. Elle permet de s'attaquer d'abord aux parties profondes, les plus adhérentes, de la tumeur de ménager, à coup sûr, à la faveur d'une hémostase facile, les nerfs grand hypoglosse et lingual.

Elle convient à la fois à la grenouillette sus-hyoïdienne et à la grenouillette sublinguale.

Comment faut-il se comporter vis-à-vis des glandes salivaires, sous-maxillaire et sublinguale.

Dans notre première observation, nous avons enlevé d'un bloc la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale qui adhéraient intimement au kyste.

L'opération a été claire, aisée ; la tumeur a pu être extirpée totalement, sans être ouverte.

Au contraire, dans la deuxième observation, pour ménager les glandes salivaires et le canal de Warthon, nous avons dû disséquer au plus près le kyste dont la paroi mince s'est déchirée en plusieurs points et a été enlevée par lambeaux. L'opération a été laborieuse et longue.

Sans conseiller, systématiquement, avec von Hippel et Mintz, l'extirpation simultanée de la glande sous-maxillaire et du kyste, nous pensons que l'ablation unilatérale d'une glande sous-maxillaire comprimée, anémiée, n'a pas de gros inconvénients au point de vue fonctionnel et facilite beaucoup l'opération.

Concluons que l'extirpation par l'incision sus-hyoïdienne est le procédé de choix pour les grenouillettes sublinguales anciennes, volumineuses, récidivantes — chez l'homme — pour les grenouillettes sus-hyoïdiennes isolées ou coexistant avec une poche sublinguale.



Sur la nature et le pronostic des terreurs nocturnes ;

Par G. PAUL-BONCOUR
Médecin en chef de l'Institut médico-pédagogique.

Il est de tradition, dans la plupart des traités de pathologie infantile, de grouper sous le nom de névroses un certain nombre de manifestations morbides sur la nature desquelles il existe bien des incertitudes.

Autrefois le terme générique « névroses » était employé pour désigner des affections indépendantes de toute altération organique. La névrose était en somme une maladie fonctionnelle, *sine materia*.

Maintenant qu'on sait mieux à quoi s'en tenir sur la nature de quelques-unes de ces affections, il semblerait logique de les retirer du cadre des névroses : telle l'épilepsie, au sujet de laquelle aucun doute ne subsiste, telle la chorée, que des travaux récents (1) rattachent à une inflammation encéphalo-médullaire.

***

En est-il de même pour les terreurs nocturnes ?

A côté des cas où cette affection paraît indépendante de toute lésion, il en est d'autres où elle est accompagnée de symptômes non douteux de lésions des centres nerveux, comme dans les 4 cas suivants :

1° Fillette de cinq ans qui présente dix nuits de suite un accès de terreur. Effrayée, la mère prie mon maître, le Dr Jules Simon, de lui envoyer son interne pour surveiller cet état anormal. J'assiste à quatre de ces crises ; mais après leur disparition l'enfant reste somnolente et bientôt apparurent les symptômes d'une méningite tuberculeuse qui emporta la malade.

2° Garçon de 4 ans 1/2, très nerveux et très impressionnable, qui a 3 crises de terreurs nocturnes consécutives à une angine à streptocoques. Quelques jours se passent sans que ces crises se répètent, mais l'enfant se plaignant d'un mal de tête persistant, souffrant de nausées et paraissant fiévreux, on m'appelle près de lui afin de savoir s'il était indiqué de le purger. Je constate alors de la raideur de la nuque, la présence du signe de Kernig, de l'inégalité pupillaire et de l'irrégularité du pouls.

La ponction lombaire n'a pas été faite. L'enfant a guéri au bout de 3 semaines. Mais pendant près d'un an il est resté déprimé. Il a repris ses études, mais son intelligence est manifestement amoindrie.

3° Garçon de 7 ans, atteint de troubles gastriques fébriles, puis, durant une semaine, d'asthénie marquée. A cet état succèdent de l'énervement, de l'insomnie et 3 fois des terreurs nocturnes. Le médecin de la famille, conformément à l'opinion généralement exprimée dans les traités de pédiatrie, déclare que cet état n'est nullement alarmant et est lié à une intoxication digestive. Malgré le traitement prescrit et les soins établis, l'enfant maigrit, dort mal et présente un accès de terreur nocturne suivi, après une 1/2 heure de sommeil, d'une crise de convulsions. Je vis l'enfant avec mon confrère et ensemble nous constatâmes des phénomènes non douteux d'irritation méningée. La ponction lombaire donna un liquide légèrement opalescent renfermant de nombreux lymphocytes et des polynucléaires.

(1) En particulier, voir la communication d'André Thomas au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. Nantes, 1909 : La chorée de Sydenham, maladie organique.

L'enfant est actuellement guéri, mais il articule difficilement les mots et présente une faiblesse extrême du membre supérieur droit.

4° Enfant de 8 ans, très instable de caractère, qui a eu à 4 ans une série de peurs nocturnes. Ces crises ayant réapparu depuis quelques semaines tous les 2 ou 3 jours, la famille va consulter, au mois de mai 1909, un médecin spécialiste qui conseille de donner des bains tièdes quotidiens et d'isoler l'enfant.

Au mois de juin, l'état de l'enfant ne s'est pas amélioré : les terreurs ont disparu, mais l'agitation est continuelle ; aussi la mère, ne pouvant plus garder son fils, me l'amène afin de le placer à l'Institut Médico-pédagogique. Au cours de mon interrogatoire j'apprends que depuis peu il grince des dents, il a des tics, il urine au lit, il a des poussées de fièvre. Je m'aperçois qu'il a de l'exagération des réflexes rotuliens, de la contracture des membres inférieurs, et que son réflexe plantaire se fait en extension dorsale. Comme de juste, je conseille à la famille de soigner son enfant rationnellement avant de prendre une détermination sur son entrée à l'Institut. L'enfant m'a été amené récemment : tous les phénomènes sus-nommés ont disparu, le caractère redevenu normal ne nécessite pas de soins médico-pédagogiques.

***

Etant donné le grand nombre des causes auxquelles on a attribué la production des terreurs nocturnes, étant donnée leur variété, étant donnés enfin les faits que je viens de signaler, nécessité est de conclure que cette affection n'a aucune homogénéité et que son classement parmi les névroses est purement arbitraire.

La terreur nocturne constitue un symptôme traduisant l'irritation des centres nerveux : parfois ce symptôme a pour substrat une lésion ; le plus souvent *dans l'état actuel de nos moyens d'investigation* on ne découvre aucune manifestation organique.

***

Quoi qu'il en soit, il est permis d'affirmer que ce symptôme n'a pas le pronostic bénin qu'on lui attribue généralement. Si tous les cas de terreurs nocturnes étaient soigneusement analysés, je suis persuadé qu'on en trouverait plus fréquemment d'assimilables à ceux que j'ai rapportés. Il existe plus souvent qu'on ne le pense des réactions méningées qui passent inaperçues et guérissent sans incidents : il n'est plus permis comme autrefois d'invoquer une réaction fonctionnelle des méninges, le méningisme ; une ponction lombaire donne souvent des surprises, et dans une leçon récente, le professeur Hutinel (1) nous cite l'exemple d'un de ses internes qui ponctionna un enfant atteint d'oreillons pour se procurer du liquide céphalo-rachidien normal et qui fut tout étonné de trouver dans ce liquide une lymphocytose comparable à celle d'une méningite tuberculeuse !

D'ailleurs l'observation attentive d'un enfant atteint de terreurs nocturnes prouve que cette manifestation est rarement isolée et qu'elle fait partie d'un complexus symptomatique. La description schématique des traités médicaux ne donne qu'une idée imparfaite de la physionomie du malade : en général, surtout quand il existe une série de crises, l'accès est précédé d'agitation, d'instabilité, de phénomènes émotifs. J'ai souvent relevé à un degré quelconque de l'excitation et de l'incoordination psychomotrices.

(1) Les oreillons : leurs complications. *Bulletin médical*, 29 octobre 1910.

La présence de terreurs nocturnes réclame beaucoup de soins : tous les auteurs reconnaissent bien que les enfants qui en sont affectés sont porteurs d'un état névropathique ; mais tous les enfants névropathes même intoxiqués, et même ayant de fréquents cauchemars, n'ont pas de terreurs. Celles-ci sont *des hallucinations visuelles*, qui peuvent ne durer que quelques instants et disparaître, mais qui peuvent aussi être suivies, chez certains enfants âgés, d'un délire continuant le rêve, et analogue au délire onirique décrit par le Professeur Régis chez les intoxiqués. Leur apparition a une signification nettement péjorative : la vie du malade n'est pas en jeu, mais l'avenir mental peut s'en ressentir.

Il existe des cas probants où la terreur nocturne est une ébauche de manie (Hesse), un équivalent de la crise épileptique, ou son prodrome. Certains assimilent cette affection à l'hystérie et MM Hutinel et Babonneix (1) rappellent que Stekel, conformément aux idées de Freud et à sa conception originale de l'hystérie, lui reconnaît une origine sexuelle.

Dans les nombreuses observations d'enfants anormaux que j'ai entre les mains, je relève fréquemment des crises de terreurs nocturnes ; de plus l'histoire de certains malades indique que la déchéance intellectuelle ou le déséquilibre psycho-moteur, ayant déterminé le placement de l'enfant, ont apparu ou se sont accentués après des périodes de troubles mal définis parmi lesquels figurent des peurs.

En admettant que les hallucinations hypniques des enfants ne dépendent qu'exceptionnellement d'une altérations des éléments nerveux, il n'en reste pas moins établi que leur présence dénote une vulnérabilité cérébrale dont il faut tenir compte. L'enfant qui en souffre doit être soumis à des règles appropriées d'hygiène intellectuelle.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Eunuques

C'est de la triste industrie, chère à l'Islam, que nous entretient le docteur Zambaco-Pacha dans son récent ouvrage : « Les Eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis ». L'auteur de tant de beaux travaux sur la pathologie de l'Orient y a apporté son érudition coutumière et son indignation à voir de telles pratiques tolérées, acceptées, sur une terre qui paraissait promise à la liberté. Pour écrire ce livre par le temps qui court au pays des Turcs, il a fallu à Zambaco-Pacha un courage que ne soupçonnera guère la plupart de ses lecteurs. A ce prix, on peut bien accorder l'indulgence aux innocentes coquilles qui ont particulièrement choqué certains critiques, oh ! combien puristes, de la grande et matutinale presse.

***

L'hypocrisie n'étant le monopole d'aucune race et d'aucune secte, c'est sans étonnement qu'on apprendra l'interdiction absolue de l'eunuchisme par la loi religieuse musulmane, et le détour habile par où tout bon musul-

(1) Les maladies des enfants, tome V, page 954.

man, le Khalif en tête et le Cheik-ul-Islam à la suite, concilie l'observation des règlements du Prophète et la sécurité de ses amours. Ils se gardent bien de fabriquer des eunuques, mais... ils en achètent à profusion et à bon prix.

D'où une florissante industrie, singulièrement lucrative pour les intermédiaires, achetant à rien leur marchandise et la vendant très cher.

Rien de plus simple que de se procurer la matière première. Des négriers arabes, bien montés, bien armés, envahissent un village nègre, font razzia des garçonnets de 7 à 10 ans et s'enfuient sans crainte de représailles. Autrefois, les enfants ainsi ravis sur les confins de l'Egypte étaient conduits aux couvents chrétiens coptes de Gisgeh, d'Assiout, de Deir el Abiad, et, moyennant rémunération, opérés par les moines. La victime était étendue et liée sur une table ; l'opérateur serrait en bloc dans un nœud la verge et le scrotum et coupait au ras, avec un couteau très affilé. Ligature du cordon, cautérisation de la plaie avec de la poix bouillante ou au fer rouge et enfoncement d'un fosset dans l'urètre. Puis on enterrait les malheureux dans le sable jusqu'à la ceinture.

Déterrés au bout de quelques jours, ceux qui vivaient encore subissaient quotidiennement des pansements à l'étoupe imprégnée d'huile aromatique pendant un mois ou deux, chaque pansement et chaque miction était l'origine d'indicibles tortures, après lesquelles la cicatrisation était en général obtenue avec toutes les complications : cicatrices vicieuses, rétrécissements, etc., que l'on devine.

La mortalité était de 9 sur 10. Aussi un médecin italien établi à Massoua de 1868 à 1888 put par des procédés plus scientifiques réduire la mortalité à 1 pour 10.

Cet industrieux confrère, fière de sa statistique, se prétendait, à tort ou à raison, un bienfaiteur de l'humanité.

A l'heure actuelle, les esclavagistes opèrent eux-mêmes.

***

En dehors des castrats complets, il existait autrefois des spadones, eunuques dont on avait extirpé les testicules en conservant ou en enlevant le scrotum. Le phallus étant conservé en tout ou en partie, les spadones étaient fort goûtés dans les harems : sécurité complète, plaisir partagé.

Rome et l'ancienne Byzance connurent les spadones, et les spadones connurent la gloire d'attiser et éteindre les feux de leurs maîtres comme de leurs maîtresses. A la louange des Turcs, fait remarquer justement Zambaco-Pacha, le rôle des spadones chez eux était réduit à celui de gardiens du harem. Et même, à la suite de certains succès amoureux déplaisants pour la vanité de leurs maîtres, ils furent éliminés des harems pour ne plus servir que comme domestiques ordinaires. Il n'y en a plus actuellement.

Les castrats employés en Turquie et en Egypte sont des castrats complets. Ils présentent des aspects fort différents selon leur pays d'origine.

Certains, tirés du Dar-four, de l'Ouadaï, sont de vrais monstres noirs, au front bas, fuyant, aux pommettes en relief, au nez écrasé, épaté, aux cheveux crépus. D'autres, au contraire, les Abyssins en particulier, sont bien conformés et parfois d'une réelle beauté.

Au point de vue physique, lorsque la castration a eu lieu avant la puberté, les membres pelviens s'allongent démesurément. Les mains descendent jusqu'aux genoux. Le crâne reste petit, en disproportion avec le foie qui se développe à peu près normalement. Les eunuques sont en général obèses, à chairs flasques, à voix enfantine.

Paresseux, égoïstes, poltrons, parfois cruels, ils sont souvent très jaloux des femmes confiées à leur garde. Presque tous versent dans la religion et même le fanatisme, persuadés de trouver en la vie future la compensation aux amertumes et aux privations de la terre.

Il est, bien entendu des exceptions, et quelques eunuques sont intelligents, sympathiques, susceptibles d'affection. C'est, paraît-il, bien rare !

Ils peuvent hériter, mais à leur mort leurs biens reviennent à leur maître. Ils peuvent se marier, quand ils ont assez d'argent pour acheter une femme.

Le Dr Zambaco a abordé l'historique de l'eunuchisme, la question de l'asuexualité physiologique par les progrès de l'âge, de l'eunuchisme par les rayons Rontgen, de l'action des glandes sexuelles chez l'homme et la femme, etc... Il expose ses idées sur l'eunuchisme femelle, sur l'hermaphroditisme, sur la castration des chanteurs, des prisonniers de guerre, sur la castration thérapeutique.

Et ce livre, éloquente protestation d'un civilisé contre la pratique de l'eunuchisme, se termine — ironie humaine ! — par un chaleureux plaidoyer pour la castration des criminels, des dégénérés, au point de vue de la défense de la race et de la société.

Toute cette généreuse argumentation risque, pour l'instant, de se briser aux vieilles mœurs musulmanes, plus difficiles à modifier que les étiquettes gouvernementales. Ce ne serait point trop de l'effort de l'Europe entière pour faire triompher la réforme, extirper les derniers stigmates d'esclavage. La France et les Anglo-Egyptiens répriment de tout leur pouvoir les rapts, les transports d'esclaves et la fabrication des eunuques. Mais les esclavagistes qui se fournissent au Darfour et dans l'Ouadaï trouvent dans la Tripolitaine leur lieu d'asile ; et il est très difficile de les y poursuivre à coup d'arguments décisifs.

Ch. Esmonet.

Dans le bulletin de M. le Dr Siffre (*Progrès médical*, 3 décembre 1910) s'était glissée une erreur matérielle. Ce ne sont point les Ecoles elles-mêmes, ce sont l'Association de l'Ecole Odontotechnique et la Société de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris qui ont été reconnues d'utilité publique. C'est ce que M. le Dr Rousseau, directeur de l'Ecole Dentaire française, nous demande de rappeler et nous nous empressons de faire droit à sa demande.

PRATIQUE MÉDICALE

—

L'opothérapie surrénale et hypophysaire appliquée au traitement de l'insuffisance cardiaque ;

Par M. le Dr A. CLERC
Médecin des hôpitaux.

L'extension rapide qu'a prise dans ces dernières années l'opothérapie, considérée en général, pouvait faire prévoir qu'un jour viendrait prochainement où la méthode serait appliquée à la thérapeutique des troubles cardiaques, non pas spécifique (car à notre connaissance l'action des extraits myocardiques n'a pas été démontrée d'une façon probante en clinique), mais indirecte, grâce à la présence, dans certains tissus glandulaires, de substances pouvant exciter ou ralentir l'activité circulatoire.

Les premières de ces substances, mieux étudiées et plus facilement isolables, étaient par cela même d'un emploi à la fois plus facile dans la pratique et mieux justifié en théorie. Deux organes étaient à ce point de vue tout désignés : les capsules surrénale et l'hypophyse. Il est banal aujourd'hui d'insister sur le pouvoir hypertenseur et vasoconstricteur de l'adrénaline, tel qu'une dose de 0 gr. 000016 par kilogramme injectée dans les veines d'un chien fait monter la pression artérielle de 10 centimètres de mercure et plus (passagèrement il est vrai), tandis qu'une dose de 0 gr. 000002 entraîne déjà une élévation de 5 centimètres (Batelli). Les physiologistes ont montré de plus qu'indirectement ou directement, l'adrénaline ralentit les battements du cœur et augmente leur énergie. Quant au corps pituitaire, on sait expérimentalement que les extraits totaux ou que ceux préparés avec le lobe postérieur seul jouissent de propriétés analogues ; les effets moins intenses, ceux obtenus avec les produits surrénaux, seraient en revanche plus durables.

Ainsi se trouve justifiée l'application de l'opothérapie au traitement de la défaillance cardiaque ; cette application est de date relativement récente et c'est en l'année 1904 que parurent les premiers travaux américains (1) et anglais. Dans ces derniers temps la question a présenté un regain d'actualité ; aussi voudrions-nous rappeler brièvement les travaux et en dégager les conclusions essentielles.

A. — Capsules surrénales-adrénaline.

a) *Posologie — Mode d'emploi.* — La poudre de capsules surrénales a été conseillée à la dose quotidienne de 10 à 20 centigrammes, répétée plusieurs jours de suite (Prof. Hutinel, Louis Martin, Méry, Weill-Hallé et Parturier (2). Toutefois c'est à l'adrénaline ou aux préparations similaires que nombre de thérapeutes ont donné la préférence.

1°) *Injections intra-veineuses* (3). — Elles ont été conseillées par les chirurgiens américains ou allemands et récemment par Kothe (4) qui, dans une veine du pli du coude injecte tantôt 10 à 20 cc. d'une solution d'Epirénan Byk, tantôt de 500 à 1200 cc. d'un sérum physiologique porté à la température du corps et contenant par litre 20 gouttes de la solution-mère du commerce à 1 p. 1000 ; John (1) injecte lentement des doses variant de 0 cc. 2 à 1 cc. de la solution au 1/1000 (suprarénine Hochst) ajoutée à 6 cent cubes d'eau salée.

2° *Injections sous-cutanées.* — Après Pospischill (2), Eckert (3) préconise les doses de 1 à 3 cc. de la solution de suprarénine Höchst au 1/1000, et répète l'injection deux et quatre fois par jour. Josué (4) conseille l'emploi de 250 à 500 cc. de sérum physiologique renfermant 1 cc. de solution d'adrénaline au 1.000.

3° *Ingestion.* — Netter (5) administre en 5 ou 6 fois ; de 10 à 20 gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000 et va jusqu'à 3 et 4 milligrammes dans les 24 heures ; dans ce cas il introduit le médicament, moitié par la voie buccale, moitié par la voie sous-cutanée, dans du sérum artificiel.

b) *Effets.* — Les auteurs sont unanimes à reconnaître que la médication surrénale relève rapidement la tension artérielle en même temps que les battements du cœur deviennent plus amples, plus lents et plus réguliers ; dans les cas de collapsus cardiaque, le pouls radial, de presque suspendu, redevient perceptible. Les effets seraient presque immédiats après une injection intra-veineuse et se produisent au bout d'une ou deux heures après l'injection sous-cutanée ou l'ingestion. On n'a signalé aucun accident grave, et les cas exceptionnels où l'injection fut suivie de troubles sérieux doivent être mis sur le compte non du traitement mais du mauvais état général des malades (John). Mais on note souvent une pâleur marquée du visage et des muqueuses qui se dissipe au bout de deux à trois minutes, à la suite d'injections répétées. Eckert a constaté la présence d'une légère glycosurie, phénomène transitoire qui ne s'accompagne d'aucun trouble sérieux. Injectée sous la peau, la solution d'adrénaline se résorbe avec une extrême lenteur (Josué) ; les téguments blanchissent au niveau de la piqûre, par suite de la vaso-constriction ; la douleur est assez vive, mais on peut l'atténuer par des applications chaudes.

Les dangers d'une action nocive de l'adrénaline sur les parois vasculaires ne semblent pas devoir entrer en ligne de compte, si l'on se souvient que des injections sous-cutanées répétées ne peuvent déterminer l'athérome chez le lapin et que, d'autre part, le traitement institué en cas d'ostéomalacie peut être continué pendant plusieurs mois sans inconvénients.

c) *Indications.* — La défaillance du myocarde, quelle qu'en soit la cause, représente l'indication essentielle. Après les traumatismes ou les opérations graves suivis de shock, après les hémorragies abondantes avec état syncopal, les chirurgiens ont employé avec succès les injections intra-veineuses ; Kothe les a utilisées avec succès dans 5 cas de collapsus cardiaque suite d'anesthésie lombaire ; par contre, dans les cas de péritonite généralisée, les résultats seraient beaucoup moins encourageants ; quand l'insuffisance cardiaque survenait au cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, et surtout de la diphtérie, le traitement par l'adrénaline a donné de nombreux succès. Netter, Josué, John, Eckert, Kraus, Heubner) (6) et d'autres auteurs l'ont instituée dans tous les

---

(1) Crile. — Blood pressure in Surgery *New-York med Journal* 1904, 2e semestre 1909, p. 806 et 8.0 Consulter la récente monographie de Carnot, l'*opothérapie*, Baillière, 1910.
(2) *Soc. Hôp* , 1909.
(3) Cowan. — *Practitioner*, août 1904, p. 219 ; Hodsdon, *Lancet*, 1905, p. 92 ; Mummery, *ibid.*, 1905. Récemment même, dans le cas de mort apparente. Crile a conseillé les injections poussées par une artère dans la direction du cœur, *American Journal of med. Sciences*, avril 1909.
(4) Kothe. — Therapie der Gegenwart, 1909, p. 95.

(1) John. — *Munchener Woch.*, 1909, p. 1221 et 2408.
(2) Pospischill. — *Wiener Klin. Woch.*, 1908, p. 1045.
(3) Eckert. — *Therap. Monastshefte*. 1909, t. XXIII, p. 1414.
(4) Josué. — *Soc. méd. Hôp.*, 1905, p. 1053 et 1909, p. 961.
(5) *Soc. des Hôp.* 1909, p. 824.
(6) *Kongress f. I. Medizin* et *loc. cit.* Wiesbaden, 1909.

cas de maladies infectieuses ou toxiques où il existait de l'adynamie et de la faiblesse du cœur. Mais, en pareille circonstance, l'action devient complexe et la médication combat non seulement les troubles circulatoires, mais aussi les troubles paralytiques et l'insuffisance surrénale d'origine toxi-infectieuse.

La méthode a été jusqu'à présent peu employée chez les malades atteints de cardiopathies chroniques ; pourtant, une malade de John, atteinte de rétrécissement mitral avec asystolie, fut rapidement améliorée après une injection intra-veineuse. Chez deux autres malades l'amélioration ne fut que passagère.

d) *Contre-indications.* — Les auteurs les ont peu précisées et elles semblent peu nombreuses ; l'hypertension artérielle, la néphrite chronique, les lésions aortiques avec phénomènes angineux, doivent constituer les principales d'entre elles. L'artério-sclérose ne serait pourtant pas un obstacle à l'emploi de la méthode si l'on en croit les observations de Kothe.

B. — HYPOPHYSE.

a) *Posologie mode d'emploi.* — C'est surtout l'ingestion que l'on a utilisée. Rénon et Arthur Delille (1) conseillent l'administration quotidienne de 0 gr. 10 à 0 gr. 40 de poudre d'hypophyse répartie en cachets que l'on fera prendre toutes les six heures afin d'assurer la continuité de la médication. Parisot (2) fait ingérer par jour de 0 gr. 50 à 1 gr. d'extrait total.

La voie sous-cutanée a été peu employée. Trerotoli (3) aurait obtenu des résultats satisfaisants avec l'extrait aqueux du lobe postérieur.

b) *Effets.* — La médication hypophysaire régularise les battements du cœur, relève la tension artérielle ; son action diurétique serait appréciable bien qu'elle ne puisse être comparée à celle de la digitale.

La méthode ne paraît pas avoir jamais déterminé d'accidents même prolongés pendant plusieurs semaines ; mais en cas d'hypertension ou de lésions aortiques, elle ne n'est pas sans inconvénients, comme nous le verrons plus loin.

c) *Indications.* — La médication hypophysaire trouve son indication chaque fois qu'il s'agit de soutenir le myocarde défaillant ; Rénon et Arthur Delille insistent sur son influence favorable dans les toxi-infections, « quand le myocarde semble près de fléchir, que le pouls s'accélère, que la tension artérielle baisse et que la quantité des urines diminue ».

Les malades atteints de lésions valvulaires mal compensées ne se trouvent guère améliorés, suivant Parisot ; en revanche, Rénon et Arthur Delille auraient obtenu de meilleurs résultats au cours des myocardites chroniques avec insuffisance cardiaque légère. L'arythmie ne cède pas au traitement. La tachycardie des névropathes, des convalescents, celle de la ménopause, seraient favorablement influencées. Les résultats sont variables quand il s'agit de la tachycardie paroxystique, et M. Vaquez se demande si le traitement ne pourrait pas avoir, une influence purement mécanique, due à la seule déglutition des cachets.

d) *Contre-indications* — Elles sont essentiellement représentées par l'hypertension et les lésions aortiques. Rénon et Arthur Delille attribuent au traitement une recrudescence des troubles fonctionnels et même la production d'accès angineux graves.

De ce résumé rapide on peut conclure que l'emploi thérapeutique des extraits surrénaux et hypophysaires représente un moyen efficace et relativement inoffensif de combattre la défaillance du cœur, quelles que soient les circonstances où elles se manifestent. Pourtant, si la médication hypophysaire peut être préférée, chaque fois que l'on désirera obtenir un effet lent et soutenu, l'adrénaline semble devoir être réservée aux cas d'urgence, où l'effet curateur doit être rapidement obtenu ; cette substance active, très différente en cela de la digitale, n'a qu'une action éphémère en raison sans doute de sa destruction rapide dans l'économie ; il conviendrait donc de l'administrer à doses répétées, en ingestion, ou en injections sous-cutanées, ces dernières permettant une introduction lente et continue par suite de la lenteur de la résorption. Bien qu'on n'ait pas, à notre connaissance, noté d'accidents sérieux chez les cardiopathes, on devra procéder avec prudence, au début du traitement, et se souvenir, d'une part, que l'adrénaline, en simple injection sous-cutanée, tue les lapins, par œdème pulmonaire, à la dose d'environ 2 milligr. 5 par kilog. (Josué) et que, d'autre part, cette substance peut déterminer des troubles (vertiges, nausées, vomissements) même chez l'homme sain, à la dose d'un milligramme, par voie hypodermique (Souques et Morel). L'injection intra-veineuse, plus brutale, représente un moyen héroïque réservé aux cas d'extrême urgence, John l'a employée avec succès, alors que même les injections de strophantine étaient restées inefficaces. Il serait donc à désirer que de nouvelles observations vinssent confirmer de pareils résultats.

(1) Les nombreux et intéressants travaux de ces auteurs sont réunis dans la thèse d'Arthur Delille. *L hypophyse et la médication hypophysaire*, Paris 1909.
(2) PARISOT. — Pression artérielle et glandes à sécrétion interne Paris, 1908.
(3) TREROTOLI. — *Rivista critica di clinica med* , 1907, nos 32 et 33.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle annuelle du 13 décembre 1910

La séance est consacrée à la distribution des prix de l'Académie dont on trouvera le compte-rendu détaillé ci-après.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 décembre

Des conditions dans lesquelles se manifeste l'arséno résistance au cours du traitement de la syphilis par les composés arsenicaux. Conséquences pratiques. — MM. ***Ravaut*** et ***Weissenbach.*** — En suivant l'évolution des lésions et les modifications cellulaires et chimiques du liquide céphalo-rachidien, dans de nombreux cas, les auteurs ont vu que des malades traités d'abord par l'hectine étaient bien moins sensibles au 606. Chez des malades ayant reçu plusieurs doses de 606, ils ont constaté que les doses ultérieures étaient moins efficaces que les premières. Il y a arséno-résistance. Ils concluent qu'il faut, pour obtenir le maximum d'effet du 606, s'adresser à des malades vierges de tout traitement arsénical antérieur, et injecter d'emblée de fortes doses.

M. Armand ***Gautier*** n'a jamais observé avec les doses faibles et injectées d'accoutumance à l'arsenic.

M. ***Sicard*** pense qu'il est difficile d'apprécier la valeur d'un traitement en se basant sur la lymphocytose. La lymphocytose persiste des mois malgré la guérison clinique.

M. ***Ravaut.*** — Une première injection de 606 fait diminuer considérablement la lymphocytose ; une seconde a moins d'action, une troisième n'a plus du tout d'action.

Réinfection syphilitique probable chez un malade traité et guéri par le 606. — M. ***Milian.*** — Il s'agit d'un homme qui, le 27 septembre dernier, était porteur de 7 chancres syphilitiques. Il reçut 0.55

centigr. de 606. Les lésions se cicatrisèrent et le Wassermann de + devint —. Le 12 décembre, ce malade présenta un nouvel accident ayant toutes les apparences d'un chancre et fourmillant de triponèmes. Les ganglions inguinaux, qui avaient disparu, sont de nouveau assez gros. Ce nouveau chancre n'est situé en aucun des points occupés par un des 7 premiers.

MM. *Gaucher, Hudelo, Morel-Lavallée* font les plus expresses réserves sur ce cas. Il convient d'attendre la roséole.

Sur le rythme de l'élimination de l'arsenic après injection d'hectine. — MM. ***Jeanselme, J.-C. Bongrand*** et ***P. Chevallier*** ont étudié cette élimination sur 12 sujets. L'élimination est rapide et massive. Si l'injection d'hectine a été précédée d'une injection mercurielle d'huile grise par exemple, ou si les piqûres d'hectine sont faites en série à courts intervalles, l'élimination de l'arsenic est irrégulière et ralentie. L'action de l'hectine est renforcée au point de vue pratique, quand l'un ou l'autre mode de rétention de l'arsenic dans l'économie est réalisé.

La courbe de poids au cours des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. — MM. ***Fernand Bezançon*** et ***P. Mathieu-Weil.*** — Au cours de ces poussées, la chute de poids est très précoce, précède même parfois l'évolution thermique ; ce stade se prolonge tant que dure la poussée. Puis la courbe pondérale remonte et cette élévation est un des phénomènes précurseurs de la fin de la poussée, précédant nettement la chute thermique. L'importance pronostique que l'on peut tirer de son étude est grande.

Fièvre typhoïde ayant débuté comme une méningite cérébro-spinale. — MM. ***Fernand Trémolières*** et ***Touraine.*** — L'examen du liquide rachidien, dans ce cas, ne permit de déceler aucun microbe, mais seulement une légère lymphocytose ; par contre, l'hémoculture fut positive dès les premiers jours. L'affection évolua d'ailleurs, par la suite, comme une fièvre typhoïde normale. Il s'agissait donc là d'un *état méningé* amicrobien qu'il fut possible dans ce cas de rapporter à une affection classée.

Double sténose médiogastrique et duodénale avec présentation de radiographies. Diagnostic d'un estomac biloculaire. — MM. ***R. Bensaude*** et ***D. Chilaïditi*** (de Vienne) rapportent l'histoire d'une malade de 37 ans, soignée pour des phénomènes névropathiques et présentant une double sténose, médiogastrique et duodénale, ayant produit un estomac biloculaire et une dilatation du duodénum ; cette dernière lésion n'a été observée qu'exceptionnellement à l'examen radiologique. Ils rappellent à ce propos les précautions à prendre dans le diagnostic radiologique de l'estomac biloculaire et insistent sur la confusion souvent faite entre l'estomac biloculaire et le spasme. Ils montrent les radiographies d'un malade ayant l'estomac biloculaire typique lorsqu'il souffrait et un estomac normal dès que les souffrances gastriques cessaient.

On peut d'autre part méconnaître un estomac biloculaire réel, et à ce propos les auteurs montrent les radiographies d'un malade, dont l'estomac biloculaire est passé inapercu à un premier examen, la poche supérieure seule, étant remplie par le bismuth, simulait un estomac normal.

Ictère infectieux à rechute, d'origine éberthienne précédant une fièvre typhoïde normale. — MM. ***L. Guinon*** et ***Gendron.*** — Un enfant de 5 ans présente, au 10e jour d'un état fébrile mal caractérisé, un ictère par rétention biliaire, avec hépato-spléno-mégalie. L'aspect spécial du malade, sa prostration, font faire l'hémoculture et le séro-diagnostic : résultats négatifs. La première période fébrile dure en tout 22 jours, pas de crise polyurique, puis, après 9 jours d'apyréxie, évolue une fièvre typhoïde presque normale. L'ictère disparaît peu à peu.

Cet ictère était évidemment de nature éberthienne : le père de l'enfant étant mort de thyphoïde récemment, et toute contagion hospitalière étant dans ce cas impossible.

Deux cas d'ictère paratyphique observés simultanément chez deux enfants, frère et sœur. — M. ***L. Guinon*** rapporte deux cas d'ictère fébrile observés en 1896 chez deux enfants, retour de vacances passées au bord de la mer.

L'ictère apparut au 7e jour et au 9e jour de la fièvre ; il fut accompagné de délire, agitation, insomnie ; les troubles digestifs furent très accentués : intolérance gastrique, vomissements répétés, crachotement continuel, douleur vive à l'épigastre. La fièvre dura quatorze jours chez le garçon, 8 jours chez la fille. La guérison fut rapide et sans suite hépatique appréciable. Bien que les recherches bactériologiques n'aient pas été faites, la nature paratyphique de ces deux cas résulte des arguments suivants : la maladie a suivi un séjour dans une localité bretonne où les infections à type typhoïde sont endémiques ; trois personnes ayant habité la même maison que les deux enfants y ont contracté des maladies fébriles à type typhique : le père des enfants y eut en 1905 une paratyphoïde dont la nature bactériologique fut prouvée et dont l'observation a été rapportée à la Société.

Médiastinite tuberculeuse à évolution rapide. Mort par accidents asystoliques à marche aiguë et granulie apyrétique. — MM. ***Nobécourt*** et ***Paisseau.***

Nouvelle boîte d'autopsie. — MM. ***Roussy*** et ***Ameuille*** présentent à la Société un nouveau type de boîte d'autopsie qu'ils ont fait établir. Les divers instruments qui le composent diffèrent notablement du type courant ; tous les couteaux sont à extrémités arrondies pour diminuer le plus possible les chances de blessure, il en est de même des ciseaux et du costotome. L'entérotome, dont l'éperon pointu et la tranche femelle lèse souvent les organes, est remplacé par des ciseaux à longues branches dont l'une est boutonnée à plat. Le couteau à cerveau est plus large, le marteau beaucoup plus lourd et le rachitome plus long et plus large que les types courants, toutes modifications dont on appréciera les avantages à l'usage. A. Fage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1910.

Prolapsus vaginal. — M. ***Potherat.*** — A la dernière réunion, M. Tuffier a paru dire que le prolapsus vaginal était ou pouvait être une conséquence, une complication de l'hystérectomie vaginale. Or c'est là une erreur. Jamais l'hystérectomie vaginale n'a provoqué l'éversion du vagin. Lorsque cette éversion apparaît dans les suites d'une hystérectomie vaginale, elle doit être considérée comme une conséquence de l'évolution progressive d'un prolapsus génital contre lequel l'hystérectomie en question a tenté de remédier.

Tuberculose iléo-cæcale chez un tuberculeux. — M. ***Legueu*** présente un rapport sur une observation de M. Coville (de Lyon) concernant un malade tuberculeux qu'il opéra d'une appendicite suppurée, laquelle devint vite fistuleuse. En essayant de guérir cette fistule, M. P. découvrit que le cæcum tout entier était envahi par la tuberculose. Il se décida alors à exclure le cæcum par une iléo-sigmoïdostomie, puis, en un second temps, il fit une cæcumectomie. Le malade guérit et son état général bénéficia d'une façon remarquable de l'opération subie.

Autoplastie urétrale. — M. ***Legueu*** présente un rapport sur une observation de M. Tanton (Val-de-Grâce) concernant une tentative d'autoplastie de l'urètre pénien à l'aide d'un lambeau de muqueuse vaginale. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'une tentative de traitement d'un rétrécissement par l'électrolyse circulaire, présenta une périurétrite phlegmoneuse grave, puis une perte de substance de l'urètre pénien à l'angle de la verge. Envoyé à M. Legueu, celui-ci constata une oblitération scléreuse totale et complète de tout l'urètre pénien, en aval de la fistule de l'angle de la verge. Il prévint M. Tanton, qui excisa tout le bloc fibreux formé par l'ancien urètre pénien, créa par transfixion un nouveau méat au niveau du gland, aviva les lèvres de la fistule urétrale (on avait au préalable dérivé les urines par uréthrotomie périnéale), puis enroulant autour d'une grosse sonde un lambeau de muqueuse vaginale que M. Legueu venait au même moment de prélever au cours d'une colporraphie, il plaça cette sonde et ce lambeau dans le lit pénien ainsi préparé, en sutura les deux extrémités, en haut et en bas, puis referma la peau par dessus le tout en supprimant tout espace mort. Trois jours après, on enlève la sonde. Quelques jours après une petite fistule se forme à l'angle de la verge, mais 15 jours après on commence les sondages et on referme la fistule périnéale.

Le malade, revu au bout de 5 mois par M. Legueu, va aussi bien que possible, a un urètre parfait et sans aucune tendance à la sclérose.

Hypertrophie du thymus. Thymectomie. — M. *Launay* présente un rapport sur une intéressante observation de M. Veau. Il s'agit d'un enfant de 4 mois ayant tous les signes d'une hypertrophie du thymus, paraissant voué à une mort certaine et imminente, auquel il a fait avec un plein succès une thymectomie.

Les signes de l'hypertrophie du thymus : dyspnée progressive avec tirage sus et sous sternal ; crises de suffocation — qui sont parfois le premier signe qui apparaisse, — le stridor constant mais moins caractéristique, tout cela joint à l'hypertrophie du thymus constatable à la vue parfois et à la percussion, commandent d'urgence la thymectomie. Celle-ci, en effet, s'impose en pareil cas comme la kélotomie en cas de hernie étranglée. Tout délai peut être mortel, car une crise de suffocation peut toujours survenir et tuer le petit malade.

Dans certains cas de spasmes de la glotte la thymectomie donne également des résultats excellents. Celle ci est facile. Elle doit être large et non totale. On incise au-dessus du manubrium sternal, qu'il est inutile de réséquer ; on aperçoit le thymus dans sa capsule qu'on incise et d'où le corps glandulaire s'échappe pour ainsi dire de lui-même. Il ne faut pas faire de trachéotomie préalable, car celle-ci a pour conséquence presqu'inévitable l'infection de la poche laissée par l'extirpation de la glande.

Sarcome à myéloplaxes compliquant une maladie de Paget localisée au crâne. — *M. Auvray* présente un rapport sur un cas communiqué par M. Tanton. Un soldat tunisien vit sans raison sa tête augmenter de volume. En même temps il se plaignit de céphalée et de bourdonnements d'oreille. Puis dans la région occipitale apparut un petite tumeur liquide qu'on incisa. Il n'en sortit que du sang et au fond on constata une perforation du crâne.

Envoyé au Val-de-Grâce, on y reconnut qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes sur un crâne énorme. M. Tanton tenta l'extirpation du sarcome, mais le malade succomba au cours de l'opération.

A l'autopsie, M. Tanton trouva le crâne extrêmement épaissi. Il pensa qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes généralisé à toute la calotte cranienne. Mais d'après M. Pierre Marie, à qui M. Auvray a montré les pièces, il s'agissait d'une maladie de Paget dont les caractéristiques sont très nettes dans la portion antérieure de la calotte cranienne épaissie et sur laquelle se serait greffé un sarcome.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 9 décembre 1910.

Traitement de l'hypospadias péno-scrotal. — M. *Genouville*, à propos de l'observation de M. Thévenard, montre qu'il a utilisé un procédé analogue chez un enfant de 9 ans opéré déjà 2 fois sans succès. Une incision du prépuce à la face dorsale du gland permet de le faire basculer sous la verge et de l'y fixer. Après 2 opérations complémentaires d'étalement on a pu pratiquer un « Duplay » classique.

Traitement des rétrodéviations mobiles de l'utérus. — M. *Ozenne* estime qu'il n'y a pas lieu de traiter les rétrodéviations qui restent silencieuses. Celles qui sont la conséquence de lésions utérines ou qui ont fini par en entraîner réclament un traitement approprié. Il en est de même de toutes les rétrodéviations amenant des accidents. Si les désordres paraissent surtout dépendre du déplacement de l'utérus, on devra le réduire et le maintenir réduit. Au dessous de 40 ans il convient d'opérer, au dessus de cet âge, surtout chez les obèses, on devra tenter l'emploi du pessaire et ne recourir aux opérations qu'après son échec. Les deux opérations de choix sont : l'hystéropexie isthmique et la réimplantation intrapariétale des ligaments ronds.

Les indications réciproques des deux interventions sont discutables.

Ablation d'une tumeur de la moelle cervicale. — M. *de Martel*.— Il s'agit une tumeur siégeant à la face antérieure de la moelle, au niveau de la 3e et 4e vertèbres cervicales.

Le diagnostic étant établi par M. Babinski, on opéra. La tumeur est extraite après incision du ligament dentelé. Le malade eut un arrêt respiratoire qui exigea 3/4 d'heure de respiration artificielle. Décès 14 heures après. L'intérêt de cette observation est surtout dans l'admirale précision que peut présenter le diagnostic.

Présentations. Epithélioma du sein. Ablation. Suture latérale de la veine axillaire. — M. *Péraire*. — Le cas est intéressant : 1° par la difficulé du diagnostic dans certaines tumeurs du sein ; 2° par la non-réussite du traitement radiothérapique longtemps continué ; 3° par la parfaite hémostase assurée par la suture de la veine.

M. *Delbet*, partisan, comme M. Péraire, de l'ablation large des cancers du sein par le procédé de Halsted discute le diagnostic dans le cas présent et pense plutôt à une mastite chronique.

Appareils en celluloïd pour le traitement des tumeurs blanches du genou. — M. *Judet* présente un appareil destiné à remplacer avantageusement les appareils plâtrés. Il assure une immobilisation rigoureuse tout en permettant l'accès de l'articulation et le nettoyage des téguments.

Elections. — M. *Thévenard* est élu membre titulaire.

M. LANCE.

ANALYSES

MÉDECINE

L'influence de quelques maladies sur la cuti-réaction à la tuberculine de von Pirket ; par ROLLY, de Leipsig, (*Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1er novembre 1910, n° 44, p. 2275.)

Rolly rappelle tout d'abord qu'on doit considérer la cuti-réaction de v. Pirquet comme étroitement spécifique, et chez l'enfant on est en droit de conclure, en présence d'une réaction positive, que le sujet est atteint de tuberculose et que cette tuberculose évolue ou est stationnaire. Cependant dans deux cas, Rolly a constaté pendant la vie une cuti-réaction positive et à l'autopsie il n'a pas pu trouver trace de tuberculose. Cette constatation conduit à une grande réserve avant de poser le diagnostic de tuberculose chez l'enfant. Chez l'adulte, comme 80 p. 100 des sujets réagissent positivement à la tuberculine, il est difficile de tirer une conclusion clinique intéressante de cette épreuve, d'autant plus que dans deux cas Rolly a observé, comme chez l'enfant, une cuti-réaction positive pendant la vie et pas trace de tuberculose à l'autopsie.

Comment expliquer ces faits d'exception qui ne doivent pas d'ailleurs diminuer la valeur spécifique de la réaction de Pirket ? Faut-il supposer une tuberculose atténuée et éphémère n'ayant pas laissé de trace anatomique, mais ayant déterminé la formation d'anticorps ? Cette explication est peut-être valable pour les adultes. Elle est, pour l'auteur, difficile à admettre pour l'enfant. Il vaut mieux, dit-il, ne pas chercher à expliquer ces faits exceptionnels dont Pirquet a relaté des exemples dans Kraus et Levaditi (Technik u. Methodik der Immunnitatsforschung).

Il est bien entendu par ailleurs qu'une cuti-réaction négative ne suffit pas à nier la tuberculose, pas plus chez l'adulte que chez l'enfant.

On a remarqué en particulier que chez certains sujets une réaction, positive à un moment donné, peut à un autre moment être négative : chez les sujets traités par de hautes doses de tuberculine, chez les cachectiques, la réaction manque en général. On a dit que cette absence de cuti-réaction était due à un manque ou un excès d'anticorps. Rolly pense qu'il faut faire jouer un rôle à l'état de la peau des cachectiques, car chez les cachectiques cancéreux la réaction fut souvent (8 fois sur 10) négative, alors que la tuberculose était décelée (6 fois) à l'autopsie.

Chez les rougeoleux (Preysich et v. Pirquet), la réaction est négative pendant une semaine environ sur des sujets qui réagissent positivement avant et après. Rolly a noté ce même fait à la phase aiguë de la scarlatine (46 cas, 8 réactions positives à

la période de l'exanthème); 26 cas négatifs réagirent positivement dans la convalescence de la scarlatine. Pendant la phase aiguë de la pneumonie franche, même phénomène : sur 18 cuti-réactions négatives, 11 devinrent positives dans la convalescence ; dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, l'érysipèle, la polyarthrite rhumatismale, l'angine folliculaire, on observe à un moindre degré le même phénomène.

L'auteur explique les faits qu'il relate en montrant que les réactions cutanées sont modifiées par le fait seul de la pyrexie (modifications du régime circulatoire, de la nutrition, etc.)

R. Debré.

Guérison d'un cas de colite muco-membraneuse par vaccinothérapie ; par G. C. Steele Perkins. (*The Lancet*, 17 déc. 1910.)

Chez une femme âgée de 23 ans, et présentant depuis huit années tous les symptômes classiques de l'E. C. M. M., l'A. essaya sans succès les traitements habituels, les régimes, le repos, le massage, etc. Un examen des fèces révéla la presque disparition du coli-bacille normal et son remplacement par un streptocoque pyogène long et un bacille présentant les caractères intermédiaires au bacillus lactis aerogenes et au bacille de Friedlander. L'examen du sang donna comme indice opsonique pour le streptocoque 0.7 et pour le bacille 0.6.

Des vaccins furent préparés avec ces deux microbes et l'A. injecta en mars et mai des doses progressives de 5, puis 10, puis 25 et 50 millions de l'un et de l'autre. L'état général s'améliora considérablement et l'on constata dans les selles la disparition du streptocoque long en même temps que l'indice opsonique montait à 1 pour le streptocoque et à 1.2 pour le bacille.

De juin à septembre, même traitement, aux doses de 25 à 50 millions injectés tous les 15 jours environ.

La flore des fèces redevint normale. Le coli-bacille reparut dans ses proportions habituelles. Le bacille, point de départ du vaccin, disparut, comme le streptocoque long. On trouva quelques rares colonies du streptocoque court, habitant normal de l'intestin. Indice opsonique pour le streptocoque 1.6, pour le bacille 1.04.

La malade, au 6e mois de ce traitement, se trouvait en bonne santé, ne présentait plus ni mucus, ni membranes dans ses garde-robes.

E.

Traitement de l'arthrite blennorragique.

Le traitement du rhumatisme blennorragique est à l'ordre du jour. A la Société médicale des hôpitaux, MM. Pissavy et Chauvet, MM. Louis Ramond et Chiray, ont rapporté les bons résultats obtenus avec le sérum antiméningococcique. M. Alexandre Renaut a obtenu récemment aussi des succès avec des applications de boues radio-actives.

M. A. Fège consacre une intéressante étude à la massothérapie de l'arthrite blennorragique à la phase aiguë (1). La particularité de la blennorragie articulaire étant la tendance à la fibrose, il faut combattre cette tendance et instituer le massage non plus dès que les phénomènes aigus ont disparu mais dès qu'ils apparaissent.

Une seule contre-indication au massage, c'est le pus. Les résultats ne se font pas attendre : le malade éprouve un vif soulagement, la température s'abaisse. Localement l'hyperesthésie disparaît, la tension péri-articulaire et articulaire diminue et bientôt les exsudats ne tardent pas à se résorber. Au point de vue du résultat final, ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est la *restitutio ad integrum* de la fonction.

Le pronostic de l'arthrite blennorragique est moins sombre grâce à ce traitement.

Nous n'entrerons pas dans les détails de technique que l'auteur décrit dans son excellent travail avec beaucoup de précision.

F.

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des méningites syphilitiques ; par le Dr Marcel Miriel. (*Thèse de Paris*. 1910. Jouve et Cie, éditeurs.)

Les travaux de MM. Widal, Babinsky, Ravaut, Sicard, Lesourd et l'étude qu'ils ont faite des renseignements fournis par la ponction lombaire ont montré l'importance de ce mode d'investigation au cours des manifestations nerveuses de la syphilis. Dans sa thèse, le Dr Miriel commence par donner un rapide aperçu de la symptomatologie des diverses formes cliniques des méningites syphilitiques chez l'adulte, méningites aiguës, méningites chroniques, qu'il divise d'après leurs signes de localisation en méningites de la base et méningites de la convexité. Laissant de côté les méningites scléro-gommeuses, il insiste sur les méningites frustes et les méningites latentes.

Cette partie clinique est complétée par le résumé de dix observations personnelles ou inédites.

L'auteur montre ensuite l'importance de la ponction lombaire dans l'étude clinique et dans le diagnostic précoce des méningites syphilitiques, en particulier dans les formes latentes et frustes, importance considérable surtout si l'on admet que la méningite est la première étape de toute syphilis nerveuse ; devant la difficulté du diagnostic purement clinique de ces formes et leur gravité d'autant plus grande qu'elles évoluent longtemps sans attirer l'attention, il propose, en manière d'enquête prophylactique, la ponction lombaire systématique au bout de quatre années de traitement, *a fortiori* quand ce traitement antisyphilitique a été irrégulièrement suivi : « il semble en effet rationnel, quand un malade a suivi régulièrement le traitement destiné à le guérir, de s'assurer par l'examen du liquide céphalo-rachidien qu'il n'est pas au seuil d'accidents nerveux ».

Comme traitement des méningites aiguës, comme traitement d'attaque dans les méningites chroniques, l'auteur donne la préférence au cyanure de mercure, administré par voie intraveineuse à la dose de 1 centigramme à 15 milligrammes tous les jours ou tous les deux jours : la technique en est simple, les inconvénients minimes et facilement évitables, les résultats rapides ; ces avantages font du cyanure intraveineux, sel soluble, un des moyens puissants de la thérapeutique des cas graves, dans lesquels il faut agir vite, syphilis nerveuses ou syphilis oculaires, formes dans lesquelles Abadie en a le premier montré les heureux effets.

R. W.

CHIRURGIE

Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie ; par le Dr Otto May. (*The Lancet*, 17 décembre 1910.)

Comme secrétaire du Middlesex Hospital, l'A. a pris connaissance de 90 cas de gastro-entérostomie au cours de 1906, 1907 et 1909, étant exclus tous les cas de tumeur maligne. Il a pu suivre 65 de ces opérés.

Au point de vue du résultat, il a constaté que chez 46 % des malades, le résultat avait été absolument satisfaisant ; ils avaient pu reprendre leurs occupations habituelles, à la faveur d'une certaine surveillance dans leur alimentation. Chez 20 % encore, le résultat était favorable, bien que reparussent de temps à autre, et malgré le régime approprié, des crises de douleurs ou de vomissements. 11 % n'avaient retiré qu'un assez mince bénéfice de l'intervention et ne pouvaient reprendre la vie normale ; 23 % n'avaient ressenti aucune amélioration.

Les cas manifestement guéris ou améliorés relèvent de la dilatation de l'estomac par sténose du pylore et d'ulcère duodénal, probablement aussi de quelques cas d'ulcère gastrique sans sténose du pylore.

Bien que le nombre des hommes et des femmes opérés fût sensiblement égal (34 contre 31), 22 hommes ont été guéris, contre seulement 8 femmes. Les autres femmes n'ont retiré qu'un avantage infime ou nul de l'opération, laquelle, dans 5 cas en particulier, avait révélé l'intégrité parfaite de l'estomac et du duodénum. Le Dr May conclut par la nécessité de s'en rapporter, chez cette catégorie de malades, aux seuls phénomènes objectifs tirés de l'examen du suc gastrique et des conditions d'évacuation de l'estomac et de n'attacher qu'une minime importance aux phénomènes subjectifs.

E.

Traitement de l'occlusion intestinale par l'appendicostomie ; par le Dr G. Gayet. (*Lyon Médical*, 18 déc. 1910.)

L'A. rapporte deux observations d'occlusion intestinale survenue, l'une chez un malade de 69 ans, porteur d'une hypertrophie

(1) Thèse de Paris, Steinheil, 1910.

prostatique marquée — l'autre chez un diabétique de 62 ans. Chez aucun des deux il n'a pu relever, avant l'intervention, ni dans la période consécutive, d'indice net de tumeur abdominale ou intestinale.

Il n'est intervenu qu'après échec de tous les essais médicaux et lorsque débutèrent les vomissements fécaloïdes. L'opération a consisté en l'exploration du pelvis, des angles coliques, du cæcum, la recherche de l'appendice, que l'A. fait passer à travers la paroi, soit par la plaie opératoire, soit par une nouvelle boutonnière. Fermeture totale de la paroi abdominale autour de l'appendice ainsi extériorisé pour une part, ouverture immédiate par décapitation et dilatation extemporanée sur conducteur de la lumière appendiculaire.

Cette opération peut se substituer avec avantage à la cæcostomie dont elle partage les indications dans les cas de constipation chronique, de mégacôlon, de paralysie intestinale, dans les occlusions de cause inconnue, lorsqu'une laparotomie est contre-indiquée par l'état général. Elle peut aussi représenter le premier temps d'une intervention contre les tumeurs du gros intestin.

Les inconvénients de cette méthode peuvent dépendre : 1° de l'étroitesse du calibre de l'appendice : mais la dilatation à la sonde ou aux bougies donne rapidement un calibre suffisant ; 2° des adhérences de l'appendice et de ses malformations, cicatrices vicieuses, étranglements, etc. En pareil cas, il est évident qu'on recourra à la cæcostomie.

Les avantages résident dans la bénignité et la facilité de l'intervention, dans le choc opératoire réduit à rien — dans la propreté des pansements, les matières s'écoulant par la sonde qui peut en outre être bouchée à volonté — dans la possibilité d'injecter par la sonde des liquides désinfectants ou modificateurs — dans la simplicité des manœuvres destinées à fermer la fistule.

E.

Thermothérapie ; par le Dr Buttersats, oberstasbaerzt.

L'auteur rapporte dans *Fortschritte der Medizin*, de Leipzig, n° du 6 oct. 1910, 3 observations de guérisons obtenues par les irradiations avec l'appareil thermolumineux du Dr Miramond de Laroquette.

Un monsieur atteint de fracture de la clavicule près de l'articulation de l'épaule avait été traité par la suture au fil d'argent. La fracture était consolidée mais il restait des adhérences dans l'articulation de l'épaule qui rendaient tout mouvement impossible. Une haute autorité médicale avait déclaré ce cas incurable et l'on n'espérait plus de guérison. Sous le traitement journalier par les radiations immédiatement suivies d'exercices gymnastiques, les mouvements s'améliorèrent si vite qu'après 3 mois le malade était guéri et pouvait faire de longues courses à cheval.

Un autre malade souffrait depuis 20 ans de troubles digestifs de divers ordres et ne pouvait supporter que le lait. Il était devenu extrêmement maigre. Le Dr Buttersats attribua douleurs et troubles digestifs à des adhérences péritonéales entre l'estomac, le duodénum et le foie. Il prescrivit deux séances par jour d'irradiations suivies de massage. L'état s'améliora si bien qu'au bout de cinq semaines le malade put entreprendre un voyage d'inspection très fatigant en lui-même et par les dîners copieux dont il était l'occasion.

Une dame souffrait depuis dix ans de maux d'estomac. Elle avait consulté de nombreux spécialistes et essayé divers régimes et sanatoria, mais sans résultat. Le Dr B... trouva une ptose viscérale avec des adhérences entre le pylore et le rein gauche. Des séances d'irradiations ont guéri cette malade au point qu'elle est venue récemment consulter pour un embonpoint croissant.

BIBLIOGRAPHIE

Fièvres intertropicales. Diagnostic hématologique et clinique ; par le Prof. Audain, 1 fort vol. in-8. (A. Maloine, éditeur, Paris.)

Cet ouvrage publié sous la direction du professeur Audain est le résultat de nombreuses années d'études cliniques et hématologiques faites dans une zone tropicale. Il est indispensable aux praticiens des pays chauds, non seulement pour la détermination de la nature des pyrexies intertropicales, mais encore pour leurs classifications. L'ouvrage contient de consciencieuses observations hématologiques annexées à des observations cliniques rigoureuses. C'est par *l'alliance* de ces deux procédés que les auteurs sont arrivés à dégager certaines lois hématologiques qui leur ont permis de faire une classification *rationnelle* des maladies exotiques.

Division 1° *Fièvres d'origine gastro-intestinale et hépatique* ; 2° *Paludisme tropical* ; 3° *Fièvre jaune, Variole, Rougeole, Coup de chaleur* ; 4° *Lymphangite endémique des pays chauds* ; 5° *Filariose* ; 6° *Kala-Azar, Fièvre méditerranéenne* ; *Peste* ; *Maladie du sommeil* ; *Fièvre ondulante* ; *Fièvre récurrente*.

La méthode suivie dans l'étude de toutes ces affections a pour base la *bio-pathologie* et la *clinique*.

Nouvelle classification des fièvres d'origine intestinale basée sur les lésions anatomo-pathologiques facilitant la compréhension pathogénique des fièvres en général, quelle que soit la zone où elle se soit développée ; cessation de toute confusion dans les fièvres intestinales par leur division en : 1° inflammation du *système glandulaire* ; 2° inflammation des lymphatiques ou du tissu adénoïdien de l'intestin ; justification de cette division par l'étude des *causes différentes* et d'une *pathogénie différente* de ces deux sortes d'atteinte de l'intestin. Lois hématologiques permettant de différencier à *coup sûr* les fièvres purement infectieuses des fièvres toxhémiques : tel est, à vol d'oiseau, le bilan de cet ouvrage.

Pour finir, disons que la méthode proposée par Audain est d'une extrême simplicité et à la portée de tous :

1° Savoir examiner cliniquement un malade ; 2° savoir faire une numération globulaire et un dénombrement des diverses variétés de leucocytes. — Les différentes monographies qu'on trouve dans l'ouvrage sont toutes basées sur la connaissance de ces lois et de ces faits généraux.

Les formes larvées du paludisme. Diagnostic et traitement ; par le Dr Basile Mousséos. Un vol. in-8° raisin, avec 18 figures. (Vigot frères, éditeurs, Paris.)

Le paludisme est l'une des maladies qui ont le plus profité des secours du laboratoire allié à l'étude clinique. Depuis les études hématologiques sur la malaria et la découverte de l'hématozoaire de Laveran, l'étiologie, l'épidémiologie, le diagnostic et le traitement des fièvres paludéennes ont reçu un essor nouveau considérable.

La brillante phalange de jeunes médecins qui, à la suite de Laveran, Patrik Manson et autres, s'attaquent actuellement à l'étude biologique « expérimentale » de la malaria est loin d'avoir fini son œuvre.

Chez un paludéen, il faut toujours se méfier des différentes maladies qu'il présente pendant sa vie. L'infection paludéenne se trouve toujours derrière et tantôt constitue en totalité la maladie : fièvre, pneumonie, névralgie, dont la cause demeure obscure ; tantôt modifie simplement une maladie quelconque dans sa forme et son évolution. D'un autre côté, des individus non atteints de paludisme franc peuvent héberger l'hématozoaire qui ne se manifeste de temps en temps que par des phénomènes sortant des tableaux cliniques ordinaires et qu'on ne peut pas attribuer plus au paludisme qu'à une autre affection.

Le médecin a besoin d'un procédé précis qui puisse lui indiquer chez ces différents malades quel est le rôle joué par le paludisme. Ce procédé a été cherché dans l'étude du sang des malades et la tentative du Dr Mousséos présente à ce point de vue le plus haut intérêt.

Eléments d'anatomie pathologique ; par le Dr L. Bériel, chef, des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8 carré de 564 pages, avec 282 figures dessinées par l'auteur. (G. Steinheil, éditeur, Paris.)

Les *Eléments d'anatomie pathologique* que M. Bériel présente au public médical, constituent un livre absolument et uniquement pratique, d'où sont bannis toute théorie, tout historique, toute controverse. Le médecin y trouvera immédiatement les données précises dont il a besoin à propos d'un cas déterminé, et l'étudiant, tout ce qui est indispensable pour les epreuves d'anatomie pathologique du troisième examen. L'auteur, bien

inspiré, a rassemblé les notions qu'il expose, non pas en suivant une classification scientifique, mais à la façon que lui conseillait l'expérience. Or, son expérience, tant comme homme de laboratoire que comme examinateur est déjà considérable, et il en résulte que le livre est parfaitement adapté au but visé.

Convaincu que l'histologie pathologique peut fournir des lignes directrices pour l'étude des lésions, M. Bériel s'est efforcé de faire partir le lecteur des données que fournit l'analyse, pour aboutir aux lésions que nous constatons à l'œil nu.

Le plan qu'a suivi l'auteur est donc le suivant : des données d'anatomie pathologique générale constituent comme une préface, et dans les chapitres suivants sont envisagées leurs principales applications sur les divers organes ou appareils en s'attachant surtout aux lésions fréquentes. L'étude des tumeurs est rejetée en dernière ligne, parce que plus difficile et comme bénéficiant des exposés antérieurs.

Notons enfin que M. Bériel a mis au service de son livre, et au nôtre par conséquent, son très réel talent de dessinateur. Toutes les figures illustrant l'ouvrage ont en effet été dessinées par lui, et c'est là certainement une des conditions qui en font une œuvre claire, précise, permettant d'aborder avec autant d'intérêt que de profit l'étude si active, et parfois si décourageante, au début, de l'anatomie pathologique.

Formulaire pharmaceutique.
(Chez l'éditeur Lavauzelle.)

On sait que le corps de santé militaire tient à honneur de se tenir au courant de toutes les nouveautés en matière de thérapeutique. Nous en trouvons un exemple dans la publication récente d'un nouveau *Formulaire Pharmaceutique* des hôpitaux militaires.

La rédaction de ce travail a été entreprise par une commission présidée par M. le médecin inspecteur Claudot. Il a été tenu compte, dans cette rédaction, des nombreux vœux ou avis émis par les divers membres du service de santé consultés.

Le nouveau formulaire comprend deux tomes : le premier relatif aux médicaments, le deuxième au contrôle des denrées alimentaires.

La première partie du tome Ier contient la description des médicaments usités dans le service de santé de l'armée.

La deuxième partie contient les prescriptions concernant l'exécution du service pharmaceutique.

Une troisième partie est formée par une instruction très détaillée sur les cas d'empoisonnement. Enfin, le tome Ier se termine par une série de documents concernant la densimétrie, l'alcoométrie, etc.

CONSULTATIONS MÉDICALES

Traitement de l'accès d'asthme (chez l'adulte).

S'assurer, tout d'abord, par un examen approfondi, qu'il s'agit bien d'asthme essentiel et non de dyspnée asthmatiforme, symptomatique d'une lésion pulmonaire, cardiaque ou rénale.

A. *Au moment de l'accès.*

1° Dès le début, tenter d'enrayer l'accès par des inhalations de pyridine : X gouttes sur un mouchoir ou 4 à 5 grammes versés sur une assiette, à quelque distance du malade ; ou bien faire fumer des cigarettes Espic (feuilles de stramoine, jusquiame, belladone et extrait d'opium).

Où même faire brûler dans une coupe, auprès du malade, qui aspirera la fumée, une cuillère à café de :

Poudre de nitrate de potasse	6 gr.
Poudre de feuilles de datura	ãã 10 gr.
» » belladone	
» » jusquiame	

Ou enfin faire respirer le contenu d'une ampoule d'iodure d'éthyle (une dizaine de gouttes par inhalation).

2° Faire prendre, de demi-heure en demi-heure, une cuillerée à soupe de la potion suivante, jusqu'à 4 cuillerées au maximum.

Dionine	0 gr. 15
Pyramidon	1 gr. 50
Sirop simple	30 gr.
Hydrolat de tilleul	Q. S. pour 150

3° Au culmen de l'accès, si les moyens précédents n'ont pas apporté de soulagement, on sera le plus souvent obligé de recourir à l'injection de morphine :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Sulfate d'atropine	0 gr. 005
Eau distillée	10 gr.

1 à 3 cent. cubes dans les 24 heures. Ne jamais laisser de morphine à la disposition des malades, l'asthme étant une des affections qui conduisent le plus facilement à la morphinomanie.

B. — *Les jours suivants, pendant la période des accès à répétition.*

1° Repos absolu, alimentation légère, de préférence lacto-végétarienne.

2° Prendre le matin au réveil et le soir à 7 heures, une des pilules :

Extrait de belladone	ãã 1 centigr.
Poudre de belladone	

3° Le soir, au coucher, prendre une cuillère à entremets de la préparation :

Extrait de cannabis indica	ãã 0 gr. 10
» de jusquiame	
Bromure de potassium	ãã 10 gr.
Hydrate de chloral	
Eau distillée	Q.S. pour 100 cc.

4° Pratiquer deux fois par jour des séances de gymnastique respiratoire, en ayant surtout en vue la rééducation de l'expiration. Pour cela, habituer le sujet à faire des inspirations superficielles et des expirations lentes et prolongées, qu'on aidera par des mouvements passifs des membres supérieurs.

Le malade s'entraînera à faire progressivement des expirations de plus en plus longues, soit en comptant de 1 à 5, 8, 10, 15, etc., avant de reprendre son souffle, soit en expirant le plus lentement possible dans un spiromètre muni d'un embout buccal.

C. — *Traitement des périodes intercalaires.*

Ce traitement, qui ne peut, ici, qu'être sommairement esquissé, varie suivant qu'il y a ou non bronchite chronique concomitante.

a) S'il n'y a pas de bronchite, s'assurer tout d'abord qu'il n'existe pas non plus de lésion nasale, cause possible d'asthme réflexe ; si l'examen du nez est négatif, diriger le traitement contre l'état névropathique qui joue, alors, un rôle prépondérant dans l'étiologie : psychothérapie, hydrothérapie tiède ou chaude, gymnastique respiratoire, emploi des préparations de valériane ; en été, cure au Mont-Dore ou à Néris.

b) S'il y a bronchite chronique concomitante :

1° 20 jours par mois, prendre deux cuillerées à soupe, par jour, avant les repas, de la potion :

Arséniate de soude	0 gr. 03
Iodure de sodium	10 gr.
Eau distillée	300 cent. cubes

2° Les 10 autres jours, prendre le matin, à jeun, dans un verre de lait, deux cuillerées à soupe d'eau de Labassère.

3° Prendre chaque jour, à distance des repas, quatre des pilules suivantes :

Terpine	0 gr. 20
Codéine	0 gr. 01

Pour une pilule n° 60.

4° Faire de façon régulière des applications révulsives sur le thorax ; teinture d'iode, cataplasmes sinapisés, pointes de feu.

5° En été, cure au Mont-Dore, à Allevard, Cauterets ou les Eaux-Bonnes.

R. OPPENHEIM.

TABLE DES MATIÈRES

1910

I. Table alphabétique des Matières

NOTA. — Les noms mis entre parenthèses sont ceux des *Articles* et des *Notes cliniques* et *thérapeutiques*. Pour faciliter les recherches et pour donner plus de clarté à la table, les noms des *Sociétés Savantes*, des *Congrès*, avec les dates des séances et les *noms des personnes* qui ont présenté des sujets ou cas nouveaux, sont également entre parenthèses. Toutefois, en ce qui concerne les discussions, la première personne seulement citée dans le journal figure à cette table. Ainsi (Ac. M., 3/4) se lira : Académie de médecine, séance du 3 avril.

LISTE DES MOTS ABRÉVIATIFS

Ac. M. : Académie de Médecine.
Ac. S. : Académie des Sciences.
XXe Cong. des Alién. et Neurol. : XXe Congrès des Aliénistes et Neurologistes.
Cong. Ass. Fse Avanc. Sc. : Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences.
Ier Cong. Assoc. Fce de Pédi. : Ier Congrès de l'Association française de Pédiatrie.
XXIIe Cong. franç. de Chir. : XXIIe Congrès français de Chirurgie.
XIe Cong. franç. de Méd. : XIe Congrès français de Médecine.
IIIe Cong. Int. Hyg. Scol. : IIIe Congrès international d'hygiène scolaire.
IIe Cong. Int. Mal. Prof. : IIe Congrès international des maladies professionnelles.
Cong. Int. de Méd. Lég. : Congrès international de médecine légale.
IIIe Cong. Int. Phys. : IIIe Congrès international de Physiothérapie.
IIIe Cong. Prat. : IIIe Congrès des praticiens.
46e Cong. Soc. Sav. : 46e Congrès des Sociétés savantes.
Soc. Biol. : Société de Biologie.
S. Chir. : Société de Chirurgie.
S. Chir. P. : Société des Chirurgiens de Paris.
S. F. Derm. et Syph. : Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.
S. F. Elec. et Rad. Males : Société française d'Electrothérapie et de Radiologie médicales.
S. d'Hypn. et Psycho. : Société d'Hypnologie et de Psychologie.
S. Int. Hôp. P. : Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris.
S. Kin. P. : Société de Kinésithérapie de Paris.
S. M. Hôp. : Société médicale des Hôpitaux.
S. Méd. Hyg. Trop. : Société de Médecine et d'Hygiène tropicales.
S. Méd. Lég. F. : Société de Médecine légale de France.
S. Clin. Méd. Ment. : Société Clinique de Médecine mentale.
S. Méd. Mil. Fce : Société de Médecine militaire française.
S. Méd. P. : Société de Médecine de Paris.
S. Méd. Publ. et G. S. : Société de Médecine publique et de génie sanitaire.
S. M. Prat. : Société Médicale des Praticiens.
S. Psychl. : Société de Psychiatrie.
Voir : V.

A.

✦

B

C

D

E

F

G

✦✦

H

I

N

O

P

Q

R

S

U

V



W

Z

II. Table alphabétique des noms d'auteurs

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES ET THIRON.